BEITRAG ZUR LEHRE

VON DER

HAEMATOCELE RETRO-UTERINA

UND DES

HAEMATOMA PERIUTERINUM

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL

VON

JAKOB OBERER

PRACT. ARZT VON BASEL

Z. Z. ASSISTENZARZT DES KANT. KRANKENHAUSES IN LIESTAL.

BASEL

Buchdruckerei Kreis, Petersgraben 21

1894.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41543921_0049

BEITRAG ZUR LEHRE

VON DER

HAEMATOCELE RETRO-UTERINA

UND DES

HAEMATOMA PERIUTERINUM

INAUGURAL-DISSERTATION

ZUR ERLANGUNG DER DOCTORWÜRDE

VORGELEGT DER

HOHEN MEDICINISCHEN FACULTÄT DER UNIVERSITÄT BASEL

VON

JAKOB OBERER

PRACT. ARZT VON BASEL

Z. Z. ASSISTENZARZT DES KANT. KRANKENHAUSES IN LIESTAL.

BASEL

Buchdruckerei Kreis, Petersgraben 21

1894.

MEINEM HOCHVEREHRTEN LEHRER

HERRN PROF. D^{R} FEHLING

DIRECTOR DER
GEBURTSHILFLICH-GYNAEKOLOGISCHEN KLINIK BASEL

AUS HOCHACHTUNG UND DANKBARKEIT

GEWIDMET.

Vorliegende Arbeit hat den Zweck, die während $5^1/_2$ Jahren auf der geburtshülflich-gynäkologischen Abtheilung des hiesigen Spitals beobachteten Fälle intra- und extra-peritonealer Beckenblutergüsse (Hæmatocelen und Hæmatomen) zusammen zu stellen, die dabei gewonnenen Ergebnisse mit den Erfahrungen, welche an anderen Anstalten über diese Erkrankung der weiblichen Genitalsphäre gemacht wurden, zu vergleichen, und damit einen kleinen Beitrag zur Lehre dieses Leidens zu liefern.

Meinem hochgeschätzten Lehrer, Herrn Prof. Dr. Fehling, welchem ich die Anregung zu dieser Arbeit verdanke, spreche ich an dieser Stelle meinen verbindlichsten Dank aus für die gütige Ueberlassung des Materials und die freundliche Unterstützung während der Ausarbeitung des Themas.

Unter *Haematocele retro-uterina oder Haematocele intra-peritonealis* verstehen wir einen abgekapselten Bluterguss in die Beckenbauchhöhle. Nicht inbegriffen werden unter dieser Bezeichnung freie Blutungen oder abgekapselte intra-peritoneale Blutungen an anderen Stellen der Bauchhöhle.

Das klinische Bild dieser Krankheit ist zuerst von Nélaton im Jahre 1850 aufgestellt und von seinen Schülern veröffentlicht worden. Seitdem haben viele französische Aerzte und eine grosse Zahl deutscher Gynækologen auf diese Krankheit ihr Augenmerk gerichtet und umfangreiche Abhandlungen darüber geschrieben. Ich kann es jedoch unterlassen, alle diese Werke hier aufzuzählen, da dieselben sich in jedem grösseren Lehrbuche der Gynækologie übersichtlich zusammengestellt finden.

Fast alle diese Arbeiten sprechen sowohl von einem intra- als auch von einem extraperitonealen Sitz des Blutergusses. Doch wurde die Existenz des letzteren lange Zeit bezweifelt. Die Gründe hiefür sind einleuchtend, wenn wir erwähnen, dass ein pathologischer Anatom wie Virchow bis zum Jahre 1863 bei seinen zahlreichen Autopsieen noch keinen einzigen Fall von extra-peritonealer Beckenblutung entdeckt und Schröder [1]) in seinen kritischen Untersuchungen über die Diagnose der Hæmatocele retro-uterina noch im Jahre 1866 constatirt hat, dass bis zu dieser Zeit, ausser bei Schwangeren, Kreissenden und Wöchnerinnen, keine andere Blutgeschwulst in der Umgebung des Uterus sicher nachgewiesen sei, als die Hæmatocele retro-uterina intraperitonealis.

Seither sind aber von allen Seiten glaubwürdige Mittheilungen über Sectionsbefunde, bei welchen Hæmatome konstatirt wurden, berichtet und namentlich auch durch operative Eingriffe

[1]) Schröder. Krit. Untersuchung über die Diagnose der Hæmatocele retro-uterina. Bonn 1866.

der extraperitoneale Sitz solcher Beckenblutgeschwülste sicher festgestellt worden. Vor Allen aber ist es das Verdienst Kuhn's der langedauernden Debatte, wenn nicht gerade über den Ausgangspunkt, so doch über den Sitz solcher ausserhalb der Zeit der Schwangerschaft entstandener Beckenblutungen, ein Ende gemacht und das klinische Bild dieser Krankheit festgestellt zu haben.

In seiner vorzüglichen Arbeit [1]) publizirt er zwei auf der Frankenhäuser'schen Klinik in Zürich auf's Sorgfältigste verfolgte Fälle, bei welchen der extraperitoneale Sitz der Blutung intra vitam sicher konstatirt und die Diagnose durch die Section bestätigt wurde.

Gegenwärtig werden die extraperitonealen Beckenblutungen allgemein anerkannt und mit den Namen:

Hæmatoma peri- und para-uterinum s.
Hæmatoma ligamenti lati
s. thrombus ligamenti lati s
Hæmatocele extraperitonealis, belegt.

Wir bezeichnen in vorliegender Arbeit die letztere Erkrankung einfach mit dem Namen: *Haematoma periuterinum* und verstehen darunter nach Kuhn Blutergüsse, welche ihren Sitz haben entweder blos in einem der beiden Mutterbänder oder im subserösen Zellgewebe vor oder hinter dem Uterus, oder in beiden breiten Mutterbändern zugleich, dann verbunden durch eine Brücke vor oder hinter dem Uterus.

In den nun folgenden Krankengeschichten beschränke ich mich der Kürze wegen auf das Wichtigste, wobei allerdings der Status durch das Weglassen der Mehrzahl der den Spitalkrankenjournalen beigefügten übersichtlichen Zeichnungen über Sitz und Grösse der Blutgeschwulst, eine beträchtliche Einbusse erleidet.

---

[1]) Dr. Jakob Kuhn. Zürich 1874. Ueber Blutergüsse in die breiten Mutterbänder und in das den Uterus umgebende Gewebe. (Hæmatoma periuterinum.)

Casuistik.

Fall 1. Eintritt, 10. Oct. 1887. Austritt, 13. Dez. 1887.

D. E. 29 Jahre alt, verheirathet, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina.

Patientin hat 6 mal geboren, 1 mal Frühgeburt, 2 mal Aborte, 1 mal Zwillinge und 2 normale Geburten; zuletzt im Jahr 1886.

Nach 6-wöchentlicher Menostase begann vor $1^1/_2$ Monaten, angeblich in Folge schwerer Arbeit, bei gebückter Körperhaltung, plötzlich unter Schmerzen im Unterleibe Blut abzugehen, welchem zähe, weissliche Hautfetzchen beigemischt gewesen sein sollen. Seither beständiger Blutabgang und Schmerzen im Abdomen bei Bewegungen und auf Druck.

Status praesens: Magere Patientin. Abdomen wenig aufgetrieben, in den untern Partieen, namentlich rechts, druckempfindlich. Blutiger Ausfluss aus der Scheide. Corpus uteri in Anteflexion, vergrössert und empfindlich. Im Douglas und nach links ein stark taubeneigrosser, konisch zugespitzter, derber, sehr empfindlicher Tumor. Rechtes Parametrium straff, bei Berührung schmerzhaft.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.
Subinvolutia uteri post abortum.
Endometritis fungosa.

11. Oct. Uterusauskratzung. Es werden Blutgerinnsel und einige wenige, weissliche Schleimhautfetzen entfernt. Klagt Leibschmerzen.

17. Oct. Portio vaginalis nach rechts abgewichen. Muttermund klaffend. Corpus uteri in Anteflexion. Ueber dem linken und hinteren Scheidengewölbe ein kleinapfelgrosser, äusserst empfindlicher Tumor. Wässeriger Blutabgang.

21. Oct. Kein Blut mehr ab.

28. Oct. Tumor im Douglas grösser geworden, höckerig, nicht empfindlich, geht von rechts seitlich hinten um die Portio herum nach links bis an die Beckenwand.

5.—10. Nov. Menses von mittlerer Stärke.
11. Nov. Resistenz noch gross, wird aber weicher, ist mit dem Uterus beweglich.
23. Nov. Resistenz bedeutend kleiner.
13. Dez. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion. Rechts hinten ein kirschgrosses Infiltrat; an der hintern und linken Beckenwand eine diffuse Resistenz.

Fall 2. Eintritt, 4. Aug. Austritt, 12. Nov. 1887.

N. M. 31 Jahre alt, verheirathet, Nätherin.

Menses regelmässig, ohne Molimina.

Vier normale Geburten. Im Jahre 1887 ein Abort im 3. Monat mit darauffolgender 4-wöchentlicher Blutung, angeblich in Folge Ueberanstrengung beim Wohnungswechsel. Menses 4 Wochen nach dem Aufhören der Blutung wieder regelmässig.

Vor 3 Wochen will sich Patientin im Beginne der Periode heftig aufgeregt haben. Seitdem soll ununterbrochen Blut abgehen.

Status praesens: Anaemische, magere Patientin. Abdomen schlaff, in der rechten Ovarialgegend etwas druckempfindlich.

Corpus uteri in Anteflexion, etwas nach links gelagert, klein, beweglich, nicht empfindlich. Das rechte Ovarium ist deutlich rechts seitlich vergrössert und leicht empfindlich zu fühlen, am 15. Aug. wird im Douglas'schen Raume ein apfelgrosser, empfindlicher Tumor konstatirt und die

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina gestellt.

Fortwährend etwas Blut ab.

17.—19. Aug. Periode, worauf noch leichter Blutabgang bis am 28. Aug.
31. Aug. Tumor im Douglas nicht kleiner geworden, sehr hart und empfindlich mit einer Verlängerung nach links hinüber.
7. Sept. Tumor kleiner geworden, namentlich der Ausläufer nach links.
13. Sept. Corpus uteri gerade. Ueber dem hintern Scheidengewölbe und links noch eine empfindliche aber bedeutend verkleinerte Resistenz.
18.—21. Oct. Menses.
12. Nov. *Austritt:* Uterus in mässiger Anteflexion klein, beweglich, nicht empfindlich. Douglas frei. Rechtes Ovarium stark empfindlich, vergrössert.

Fall 3. Eintritt, 10. Febr. 1888. Austritt, 20. März 1888.

Sch. A. 25 Jahre alt, Schustersfrau.

Menses regelmässig, schwach, mit leichten Molimina.

Vor 3 Jahren eine normale Entbindung. Nach 8-wöchentlicher Menostase treten die Menses im Sept. 1887 wieder ein und dauern angeblich 3 Wochen. Nach 14-tägiger Pause erneuter, 4 Wochen (bis am 7. Febr. 1888) anhaltender Blutabgang. Seitdem Stechen im Unterleibe, namentlich bei Bewegungen. Das Abdomen soll etwas aufgetrieben und auf Druck empfindlich geworden sein. Stuhlgang retardirt. Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Aussehen gut. Leib weich, in den untern Theilen etwas druckempfindlich. Corpus uteri in Anteflexion, leicht vergrössert. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe ein knolliger Tumor, welcher nach hinten in eine diffuse, die Beckenwand erreichende Resistenz übergeht.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

14. Febr. Schmieriger, blutiger Abgang. Kopfschmerzen und Uebligsein.

28. Febr. Tumor über dem linken Scheidengewölbe kleiner geworden, erreicht die Beckenwand nicht mehr.

7. März. Dem Corpus uteri liegt linkerseits ein nussgrosser, etwas empfindlicher Körper (Ovarium) an, welcher sich nach aussen von einer diffusen Resistenz abhebt.

20. März. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion. Ueber dem linken Scheidengewölbe ein kleiner Tumor fühlbar; sonstige Resistenzen verschwunden.

Fall 4. Eintritt, 21. März 1889. Austritt, 3. Mai 1889.

P. A. 34 Jahre alt, Baumeistersfrau.

Menses seit einiger Zeit sehr unregelmässig, mittelstark mit leichten Molimina.

Patientin klagt über Herzklopfen, Müdigkeitsgefühl und Schmerzen im Rücken und in den Beinen, häufigen Diarrhœen und starkem Fluor albus.

Die innere Untersuchung ergibt eine *Stenose des Cervix*, in Folge welcher am 22. März die Discision und Dilatation des

Cervix vorgenommen wird. Nachher mehrfache Dilatation mit Hegars'schen Glasstiften. Wohlbefinden.

29. März. Patientin steht auf.

2. April. Klagt Leib- und Kreuzschmerzen. Die Menses treten zu frühe ein.

6. April. Beständig Schmerzen im Unterleib und Kreuz, Uebligsein, Schlaflosigkeit.

10. April. Im Douglas und besonders nach rechts hinziehend eine unregelmässige, empfindliche Resistenz.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

16. April. Die Schmerzen lassen nach.

30. April. Portio hinter der Führungslinie. Uterus in Anteflexion. Resistenz im Douglas kleiner und weniger empfindlich, über dem rechten Scheidengewölbe reicht dieselbe noch bis zur Beckenwand.

3. Mai. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion I°. Ueber dem hinteren Scheidengewölbe nach rechts noch eine kleine, wenig empfindliche Resistenz. Linkes Parametrium frei. Wohlbefinden.

Fall 5. Eintritt, 1. April 1889. Austritt, 18. Mai 1889.

B. A. 24 Jahre alt, Schreinersfrau.

Menses sehr unregelmässig, 2—4 mal jährlich. Am 22. Mai 1888 eine normale Entbindung. Seit 5 Wochen leidet Patientin häufig an stechenden Schmerzen auf der rechten Seite des Unterleibes. Schwäche im rechten Beine. Obstipation.

Status praesens: Aussehen gut. Schamgegend etwas druckempfindlich. Portio vaginalis tief in der Führungslinie, Corpus uteri in Anteflexion II°, beweglich. Im Douglas ein weicher, empfindlicher, mit verdünnter Schleimhaut überzogener, an einer Stelle fluctuirender Tumor, welcher nach rechts bis zur seitlichen Beckenwand reicht.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina. Oophoritis duplex.

1.—9. April. Menses, anfangs stark mit Molimina.

11. April. Untersuchung in Narcose: Corpus uteri in Anteflexion II°. Im Douglas ist ein Tumor zu fühlen, welcher bis auf Uterushöhe emporsteigt, nach hinten bis zum Os sacrum und nach rechts bis zur seitlichen Beckenwand reicht.

20. April. Tumor weich, weniger empfindlich, nimmt an Grösse wenig ab. Klagt Leibschmerzen.

24. April. Ueber beiden seitlichen Scheidengewölben je ein empfindliches Ovarium fühlbar.

13. Mai. Uterus klein, in Anteflexio I°—II°; direct hinter demselben ist ein Tumor von Hühnereigrösse zu fühlen. Rechts von demselben, das rechte bewegliche Ovarium.

18. Mai. *Austritt:* Uterus wie oben. Direct hinter und links vom Uterus, das hühnereigrosse, an einer Stelle fluctuirende, tief im Douglas am Uterus fixirte linke Ovarium. Rechtes Ovarium höher stehend, beweglich wenig vergrössert.

Fall 6. Eintritt, 3. April. Austritt, 19. Juni 1889.

M. L. 23 Jahre alt, Köchin. Nullipara.

Menses unregelmässig, stark, mit Molimina. Vor 3 Wochen erkrankte Patientin im Anschluss an die Periode, angeblich in Folge anstrengenden Hebens, unter starken, anhaltenden, häufig in die Beine ausstrahlenden Kreuzschmerzen und unter anfänglich sehr starkem Blutabgang aus der Scheide.

Status praesens: Aussehen blühend. Corpus uteri in Anteflexio II°, rechts gelagert. Im Douglas und durch das linke Parametrium bis zur seitlichen Beckenwand ziehend, eine harte, nicht schmerzhafte Resistenz.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

18.—23. April. Menses von mittlerer Stärke mit mässigen Molimina. Portio sammt Corpus uteri nach rechts verschoben. Im linken Parametrium die frühere harte, bis zur Beckenwand reichende Resistenz.

3. Mai. Resistenz über dem linken Scheidengewölbe apfelgross, ziemlich hart und höckerig.

10. Mai. Tumor links geht langsam zurück, ist circa hühnereigross.

6.—10. Juni. Menses, mittelstark, ohne Molimina.

19. Juni. *Austritt:* Corpus uteri nach rechts verschoben. Im linken Parametrium die höckerige Resistenz, welche im Douglas noch bis zur Mittellinie und nach links bis zur Beckenwand reicht. Patientin geht in ein Soolbad.

Fall 7. Eintritt, 23. Juni. Austritt, 27. Juli 1889.

Sch. L. 18 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, mittelstark, mit Molimina.

Eine normale Entbindung. Vor einem Jahre Unterleibsentzündung, ähnlich wie die gegenwärtige Erkrankung. Vor einer Woche fühlte Patientin bei Anlass eines Tanzvergnügens zur Zeit der Menses plötzlich einen heftigen Schmerz in der linken Iliacalgegend und von da ausstrahlend ins linke Knie. Die Menses hörten nach eintägiger Dauer sofort auf. Die Schmerzen steigerten sich bei der Arbeit in den nächsten 2 Tagen derart, dass sich Patientin zu Bette legen musste. Stuhlgang unregelmässig. Beim Uriniren Schmerzen in der linken Unterleibsgegend.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Abdomen weich, nirgends empfindlich. Corpus uteri in Anteflexio III°, mittelgross. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe bis zur Beckenwand ziehend, eine schmerzhafte umschriebene Resistenz, deren obere Grenze nicht deutlich abzutasten ist.

Diagnose: Hæmatocele retrouterinus. Recidiv nach dem Austritt.

24. Juni. Klagt lebhafte Schmerzen.

27. Juni. Beschwerden lassen nach.

6. Juli. Resistenz über dem linken Scheidengewölbe geht bedeutend zurück, ist circa wallnussgross, unempfindlich.

18.—20. Juli. Menses von mittlerer Stärke, mit Molimina.

27. Juli. *Austritt:* Uterus in Anteflexio I°—II°, mittelgross Hæmatocele vollständig verschwunden. Rechtes Ovarium etwas vergrössert und empfindlich. Linkes Ovarium hoch, an der Linea innominata, nicht vergrössert, unempfindlich.

Wiedereintritt, den 26. Aug. Austritt, den 6. Dez.

Nach dem Austritte stellten sich bald wieder Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes ein, welche an Intensität fortwährend zunahmen, verbunden mit häufigem Tenesmus der Blase. Die Menses zeigten sich schon nach 14-tägiger Pause und dauerten 3 Tage lang mit Molimina.

Status praesens: Portio tief in der Führungslinie. Uterus in Anteflexio II° empfindlich. Ueber dem linken Scheidengewölbe mässig harte, stellenweise teigige, sehr empfindliche Resistenz, über welche eine pulsirende Arterie verläuft.

30. Aug. Die Schmerzen lassen nach. Linkes Scheidengewölbe abgeflacht, durch eine mehr nach hinten gelegene bis zur seitlichen Beckenwand reichende, empfindliche Resistenz.
24. Sept. Ueber dem linken Scheidengewölbe das vergrösserte, nicht bewegliche, empfindliche, in ein Extravasat eingeschlossene linke Ovarium.
30. Sept.—4. Oct. Menses mit Molimina.
7. Oct. Im Douglas, mehr nach links, eine neue, sehr schmerzhafte Resistenz.
19. Oct. Leibschmerzen. Abdomen sehr empfindlich. Obstipation. Schmerzen beim Uriniren.
23. Oct. Tumor wird kleiner, Schmerzen lassen nach.
13. Nov. Ueber dem linken Scheidengewölbe ziemlich grosses, beweglich werdendes Ovarium. Rechts verläuft parallel mit dem Uterus eine Resistenz.
22.—26. Nov. Menses verlaufen mit Molimina.
6. Dez. *Austritt:* Uterus in Anteflexion. Linkes Ovarium etwas empfindlich an der Beckenwand. Rechtes Ovarium genau in der Mitte des Douglas, beweglich; rechts von ihm noch eine kleine Resistenz.

Fall 8. Eintritt, 20. Juli. Austritt, 10. Aug. 1889.

R. A. 23 Jahre alt, Schreinersfrau.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina. Steril in 2-jähriger Ehe. Vor 3 Jahren Unterleibsentzündung ähnlich wie gegenwärtig im Anschluss an die Periode. Vor 14 Tagen erkrankte Patientin nach Aufhören ihrer Menses, unter Schmerzen in der linken Unterleibsgegend und im Kreuz. Am folgenden Tage begann wieder Blut abzugehen. Diese Blutung dauerte nur 3 Tage. Seitdem beständig Schmerzen im Unterleib.

Status praesens: Aussehen gut. Abdomen nicht aufgetrieben, über dem linken Poupart'schen Bande druckempfindlich. Corpus uteri in Geradestellung, etwas nach rechts, mittelgross, schwer beweglich. Im Douglas und nach links bis zur Beckenwand reichend eine mandaringrosse, harte, empfindliche Resistenz, welche den Uterus etwas überragt und mit demselben wenig beweglich ist. Rechtes Ovarium etwas vergrössert, beweglich, nicht empfindlich hoch neben dem Uterus.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

27. Juli. Tumor wird kleiner.

5. Aug. Resistenz dicht hinter dem Uterus, erreicht nicht mehr die Beckenwand und ist weicher und weniger empfindlich.

7.—8. Aug. Menses mittelstark, ohne Molimina.

10. Aug. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexio II°, beweglich. Links, hoch neben dem Uterus, das vergrösserte, nicht empfindliche, linke Ovarium. Resistenz vollständig verschwunden. Wohlbefinden.

Fall 9. Eintritt, 10. Aug. Austritt, 10. Sept. 1889.

N. P. 22 Jahre alt, Hausfrau.

Menses, regelmässig, mittelstark, ohne Molimina. Patientin hat 2 mal normal geboren, zuletzt am 26. Sept. 1888. Nach Aufhören der letzten Menses vor 14 Tagen will Patientin einen schweren Zuber gehoben haben. Bald darauf begann unter Frösteln und Schmerzen im Kreuz von neuem Blut abzugehen. Die Blutung dauerte 14 Tage lang, bei Ruhe oft 1—2 Tage aussetzend. Stuhlgang retardirt. Urese normal.

Status praesens: Aussehen gut. Abdomen nicht aufgetrieben, über der Symphyse und rechts druckempfindlich. Corpus uteri vorn und rechts, mittelgross, bei Bewegungen schmerzhaft. Im Douglas und etwas nach rechts hinüberreichend circa eigrosse sehr empfindliche, mässig harte Resistenz. Wässeriger Blutabgang aus der Scheide.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina. Oophoritis dextra.

12. Aug. Kein Blutabgang mehr. Die Schmerzen lassen nach. Im Douglas eine empfindliche wallnussgrosse Resistenz.

18. Aug. Rechts hinter und neben dem Uterus eine höckerige, empfindliche Resistenz, das Ovarium dextrum. Hæmatocele zurückgegangen.

22.—31. Aug. Menses, ziemlich stark, ohne Molimina.

10. Sept. *Austritt:* Ovarium dextrum noch wallnussgross, empfindlich, neben dem Corpus uteri. Douglas frei.

Fall 10. Eintritt, 2. Dez. 1889. Austritt, 1. März 1890.

S. S. 21 Jahre alt, ledig, Dienstmädchen.

Menses hie und da postponirend, mittelstark, mit Molimina. Hat nie geboren. Letzte Periode 25. Sept., verlief normal. Am

30. Sept. traten ohne bestimmte Ursache Schmerzen im Unterleibe und im Kreuz ein, zu welchen sich nach einigen Stunden eine mässige periodeähnliche Blutung gesellte, welche erst am 2. Dez. nachliess. Appetit gering. 1 mal Erbrechen. Stuhlgang und Exurese normal.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Corpus uteri klein in Anteflexion dextrovertirt. Hinteres Scheidengewölbe straff gespannt, über demselben rechts und links eine Resistenz fühlbar, welche namentlich rechts sich auch seitlich ausdehnt. Per rectum: Rectum etwas nach rechts verschoben; vor demselben rechts und links derbe Resistenzen, welche dasselbe umklammern. Ovarien nicht deutlich zu fühlen.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.
Oophoritis und Perivophoritis dextra et sinistra.

22.—24. Nov. Menses.

31. Dez. $36,_8$. $39,_2$. Klagt Kopfschmerzen. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe deutliche Resistenz fühlbar.

1. Jan. $38,_4$. $39,_1$. Kopf und Gliederschmerzen halten an. 1 mal gebrochen.

9. Jan. Beide Tumoren stossen im Douglas aneinander.

23.—28. Jan. Menses.

8. Febr. Portio tief vor der Führungslinie. Corpus uteri undeutlich. Ueber dem hintern und rechten Scheidengewölbe gegen die Mitte zu ein haselnussgrosser Tumor dicht am Uterus. Links diffuse Resistenz bis gegen die Beckenwand.

14.—19. Febr. Menses verlaufen, stark.

1. März. *Austritt:* Corpus uteri nicht deutlich, wahrscheinlich gerade stehend. Linkes Ovarium dicht über dem Scheidengewölbe zu fühlen, vergrössert, empfindlich und fixirt. Ueber dem rechten Scheidengewölbe neben der Portio eine diffuse Resistenz zu fühlen, in welcher das rechte Ovarium abtastbar ist.

Fall 11. Eintritt, 31. März. Austritt, 31. Mai 1890.

M. B. 37 Jahre alt, Wittwe, Haushälterin.

Menses regelmässig, mässig stark, ohne Molimina. Hat 2 mal geboren, zuletzt ein Abort im Jahre 1883. Nachdem Patientin zwischen den beiden letzten Menses 2 mal eine ein-

tägige Blutung gehabt, trat die letzte Periode vor 14 Tagen ein und dauerte unter Schmerzen im Kreuz, sowie in beiden Inguinalgegenden, namentlich aber rechterseits, abwechselndem Frösteln und Hitzegefühle, bis heute an. Appetit gut. Stuhlgang retardirt. Exurese normal.

Status praesens: Ziemlich anæmische Patientin. Abdomen leicht aufgetrieben, in beiden Hypogastrien und oberhalb der Symphyse sehr druckempfindlich. Rechterseits fühlt man in der Mitte zwischen Spina anterior superior und der Medianlinie einen haselnussgrossen beweglichen, sehr empfindlichen Tumor. Corpus uteri hinter die Symphyse gedrückt, ziemlich gross und empfindlich. Douglas nach unten stark vorgewölbt durch einen weichen, fluctuirenden, sehr empfindlichen Tumor. Adnexa des Uterus durch den Bluterguss im Douglas nach oben gegen die Bauchwand gedrängt, wo sie rechterseits zu fühlen sind.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

4. April. Brechreiz.

6.—9. April. Menses mit Molimina.

17. April. Abdomen nicht mehr empfindlich. Resistenz im Douglas kleiner, ziemlich hart, weniger empfindlich.

21. April. Corpus uteri gerade, dextrovertirt, beweglich, nicht empfindlich. Resistenz im Douglas beständig in Abnahme begriffen, reicht mehr nach rechts als nach links.

2.—6. Mai. Menses.

12. Mai. Im Douglas noch eine kleine Resistenz zu fühlen.

31. Mai. *Austritt:* Corpus uteri geradestehend und beweglich. Nirgends eine Resistenz oder Empfindlichkeit nachweisbar.

Fall 12. Eintritt, 7. Juli. Austritt, 29. Juli 1890.

A. E. 35 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, schwach, ohne Molimina. Patientin hat 8 mal geboren, worunter 1 Abort. Im Jahre 1884 angeblich Unterleibsentzündung nach einer Geburt. Letzte Periode vor 6 Wochen. Patientin glaubte schwanger zu sein. Am 4. Juli machte sie Nachts mehrere Scheideausspühlungen, wobei sie sich mit dem hiezu verwendeten, ziemlich spitzen Hartgummirohr verletzt haben will. Bald darnach traten stechende Schmerzen im Unterleibe ein. An den folgenden 2 Tagen mehrmaliges

Erbrechen. Appetitlosigkeit, angeblich blutige Diarrhœen, sowie Abgang von dünnflüssigem Blute per vaginam. Exurese normal.

Status praesens: Ziemlich magere Patientin. Abdomen mässig aufgetrieben, weich, in der Mittellinie, 2 Finger breit unterhalb dem Nabel auf Druck empfindlich. Corpus uteri stark vergrössert, ziemlich weich, beweglich, empfindlich, in Geradestellung. Fundus 3 Querfinger unter dem Nabel. Parametrien frei. Der Douglas ist eingenommen von einer weichen empfindlichen Resistenz.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

8. Juli. Per vaginam ziemlich viel Blut ab. Diarrhoi'scher Stuhl mit etwas Blut gemischt.
9. Juli. Resistenz im Douglas etwas grösser geworden.
12. Juli. Kein Blut mehr ab per Vaginam.
15. Juli. Resistenz im Douglas härter, weniger empfindlich.
29. Juli. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexio II°, klein, ziemlich hart. Parametrien frei. Im Douglas, besonders nach rechts einige harte, unempfindliche Massen.

Fall 13. Eintritt, 21. Aug. Austritt, 20. Sept. 1890.

H. A. 21 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina. Letzte Periode vor 8 Tagen. Eine normale Entbindung im Jahre 1888. Im Jan. 1889 Blutung bei der Periode mit 6-wöchentlichem Krankenbett. Seitdem ab und zu Schmerzen im Unterleibe, welche in den letzten Wochen stärker wurden und namentlich beim Wasserlassen auftraten. In der Nacht vom 15./16. Aug. Erbrechen und plötzliches Auftreten von lebhaften Schmerzen im Unterleibe, welche seitdem fortdauern. Stuhl und Windverhaltung. Fluor albus.

Status praesens: Aussehen gut. Brüste schwach entwickelt, entleeren bei Druck Collostrum. Warzenhof mässig pigmentirt. Abdomen leicht aufgetrieben, bei Druck ziemlich empfindlich, namentlich in den untern Parthieen, oberhalb der Poupart'schen Bänder. Vaginalportion ziemlich weich. Os externum für die Fingerkuppe durchgängig. Corpus uteri nicht deutlich abgrenzbar, geht über in eine über dem hintern Scheidengewölbe befindliche, harte, sehr schmerzhafte Resistenz, welche einen kleinen Ausläufer in das rechte Parametrium sendet. Linkes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.
Salpingitis und Perisalpingitis sinistra.

28. Aug. Corpus uteri in Anteflexio II°, beweglich und empfindlich. Linkes Parametrium resistenter wie das rechte.
1. Sept. Hoch über dem linken Scheidengewölbe eine diffuse Resistenz.
4./9. Sept. Menses.
12. Sept. In der linken Tubargegend eine empfindliche Resistenz.
20. Sept. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion, mittelgross, links etwas adhærent, sonst beweglich. Hoch über dem linken Scheidengewölbe, links vorn und neben dem Uterus ein kleiner empfindlicher Tumor. (Ovarium.) R. Ovarium klein und beweglich.

Fall 14. Eintritt, 1. Dec. 1890. Austritt, 5. Jan. 1891.

H. C. 40 Jahre alt, ledig, Krankenwärterin.

Menses regelmässig, schwach ohne Molimina. Patientin hat 2 mal normal geboren, zuletzt im Jahre 1878. Während der vorletzten Periode am 19. Oct. hob Patientin eine schwere Last, worauf die Menses viel profuser wurden als gewöhnlich und unter Schmerzen auf beiden Seiten des Unterleibes 8 Tage dauerten. Von da an war Patientin wieder wohl bis zur nächsten Periode am 19. Nov., welche von gleicher Dauer und Intensität wie die vorhergegangene war. Seither leidet sie an häufigen Schmerzen beim Gehen, Obstipation und Druckgefühl in der Blasengegend.

Status praesens: Aussehen gut. Abdomen weich, nirgends empfindlich. Corpus uteri in Anteflexion sinistrovertirt, gross, ziemlich hart. Ueber dem rechten Scheidengewölbe ein etwas unregelmässiger, knolliger, ziemlich empfindlicher Tumor fühlbar. Linkes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatocele retro- und para-uterina.

8. Dec. Tumor über dem rechten Scheidengewölbe bedeutend kleiner geworden. Rechtes Ovarium etwas vergrössert, druckempfindlich, beweglich.
5. Jan. *Austritt:* Corpus uteri in leichter Anteflexion. Rechtes Ovarium gross und höckerig.

Fall 15. Eintritt, 10. Febr. Austritt, 12. März 1892.

B. E. 33 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, schwach, ohne Molimina. Im Jahr 1887 eine normale Geburt. Letzte Periode vom 26.—28. Jan. normal. Während derselben verrichtete Patientin schwere Arbeit. Am 28. Jan. empfand sie beim Heben eines schweren Wasserzubers plötzlich einen heftigen Schmerz, welcher aber nach einiger Zeit Ruhe wieder verschwand. Die folgenden zwei Tage war Patientin ohne Beschwerden, erst am 31. Januar traten allmälig stechende Schmerzen, erst nur im linken, später auch im rechten Hypogastrium und im Kreuz ein, verbunden mit Appetitlosigkeit, Brechreiz und heftigen Kopfschmerzen.

Seit dem 4. Febr. bemerkt Patientin unter stets zunehmenden Schmerzen ein allmäliges Anschwellen und Empfindlichwerden ihres Abdomens. Stuhlgang und Winde nur noch unter bedeutenden Schmerzen ab. Urindrang und Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Leichte Anæmie. Puls klein und frequent. Abdomen ziemlich stark aufgetrieben, in den untern Parthieen äusserst empfindlich. Vaginalportion tief, der vordern Vaginalwand genähert. Corpus uteri wegen der Spannung der Bauchdecken nicht fühlbar, wahrscheinlich über dem vordern Scheidengewölbe. Hinteres und rechtes Scheidengewölbe durch einen sehr empfindlichen Tumor heruntergedrängt, welcher den Douglas ausfüllt und nach der rechten Beckenwand zieht.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

Verlauf fieberlos. Die Resistenz wird zusehends kleiner. Am 28. Febr.—3. März Menses von mittlerer Stärke.

3. März. Portio vag. in der Führungslinie. Parametrien und Douglas frei.

12. März. *Austritt:* Uterus in Anteflexio II° beweglich, nicht empfindlich. Nirgends eine Resistenz fühlbar.

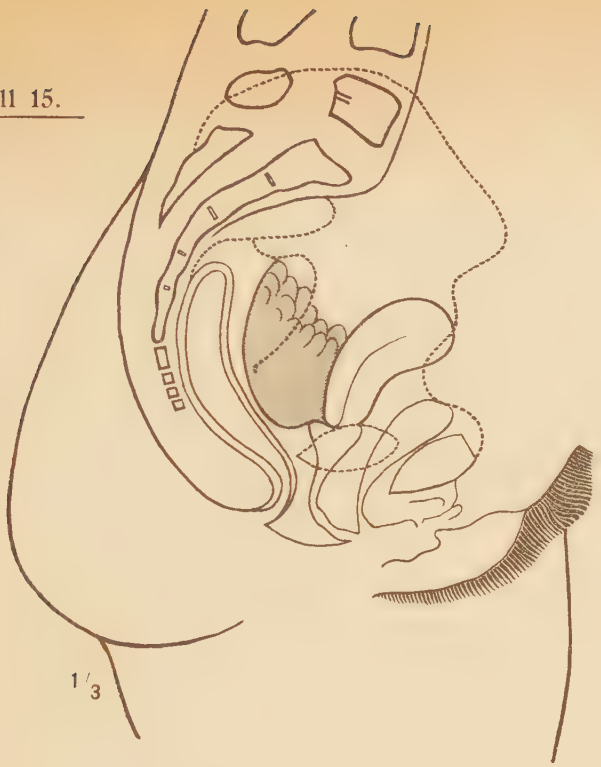
Fall 16. Eintritt, 24. Aug. Austritt, 18. Oct. 1892.

Kl. L. 45 Jahre alt, Hausfrau.

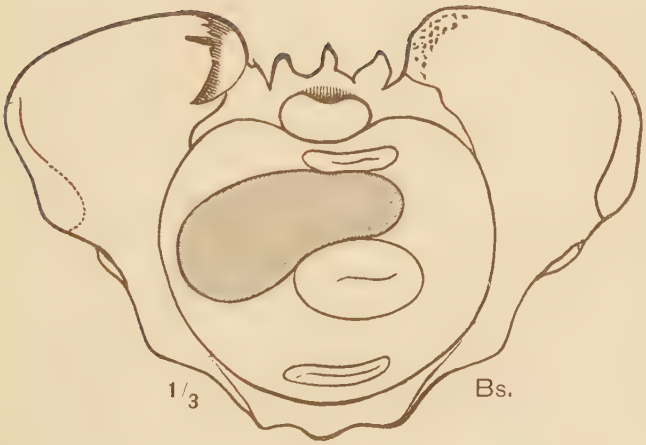
Menses regelmässig, mittelstark, ohne Molimina. Patientin hat 2 mal normal geboren, zuletzt vor circa 20 Jahren. Während der letzten Periode, vor 14 Tagen, verrichtete Patientin schwere Arbeit; nach derselben trat ein blutigwässeriger Ausfluss ein,

Fall 15.

a.



b.



Hæmatocele retro-uterina.

welcher 3 Tage dauerte und dann in eine profuse Blutung überging. Sonst keine Klagen.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Corpus uteri in Anteflexion nicht deutlich abzutasten. Im Douglas und über beiden Scheidengewölben eine grosse, breite, mässig harte und empfindliche Resistenz. Abgang von Cruor.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

31. Aug.—7. Sept. Menses, schwach.

8. Sept. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe, nach hinten sich erstreckend, eine grosse, knollige Resistenz. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, sich an den Uterus anlegend, eine harte empfindliche Masse.

31. Sept. Resistenz links und im Douglas kleiner und weniger empfindlich.

1.—5. Oct. Menses. Linkes Parametrium frei. Ueber dem rechten Scheidengewölbe die früher beschriebene Resistenz kleiner geworden. Im Douglas ebenfalls noch eine Resistenz fühlbar.

18. Oct. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion beweglich. Im Douglas noch eine minimale, wenig empfindliche, Resistenz.

Fall 17. Eintritt, 10. Oct. Austritt, 4. Nov. 1892.

K. M. 35 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, sehr stark mit leichten Molimina. Hat 4 normale Entbindungen durchgemacht, die letzte im Jahre 1890. Patientin verrichtete beim Wohnungswechsel zur Zeit der letzten Menses am 30. Sept. schwere Arbeit. 5 Tage später wurde sie plötzlich bei der Arbeit in der Fabrik von heftigen, andauernden Schmerzen im Unterleibe und Kreuz befallen. Die Schmerzen liessen später wieder etwas nach, dagegen geht seit 10 Tagen fortwährend Blut ab. Appetit mässig. Kein Erbrechen. Stuhlgang regelmässig. Exurese zur Zeit der Schmerzen sehr erschwert. Brennen beim Wasserlassen. Fluor albus.

Status praesens: Mässiger Ernährungszustand. Corpus uteri in mässiger Anteflexion fixirt, nicht empfindlich. Im Douglas ein runder, schmerzhafter Tumor von welchem eine diffuse Resistenz in die Nachbarschaft geht.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina. Oophoritis dextra subacuta.

24.—31. Oct. Menses ohne Molimina.

1. Nov. Hoch über dem Douglas, etwas mehr nach links eine kleine, rundliche, wenig bewegliche Resistenz, das Ovarium sinistrum.

4. Nov. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexio I°, wenig beweglich, hart, nicht empfindlich. Im Douglas mehr rechts eine weiche, empfindliche runde Resistenz, das rechte Ovarium. Links hoch über dem Scheidengewölbe das linke wenig vergrösserte Ovarium.

Nach dem Austritt befand sich Patientin wohl bis am 16. Nov. wo sie während der Arbeit plötzlich von heftigen Schmerzen im Unterleibe befallen wurde, welche sie zur Bettruhe zwangen. Am 18. Nov. trat eine Blutung aus der Vagina ein, nach welcher die Schmerzen etwas nachliessen. Am 19. Nov. präsentirte sich Patientin auf der Poliklinik, wo eine Vergrösserung des Tumors im Douglas konstatirt und die Spitalaufnahme angeordnet wurde.

Befund am 21. Nov.: Aus der Scheide fliesst eine ziemliche Menge blutig-seröser Flüssigkeit. Uterus in Anteflexio I°, nicht vergrössert, ziemlich hart, unempfindlich. Dicht hinter dem Uterus etwas mehr nach rechts, das nicht vergrösserte rechte Ovarium; dasselbe ist in einen den Douglas ausfüllenden prallelastischen circa apfelgrossen Tumor eingebettet, dessen Oberfläche glatt ist. Berührung sehr schmerzhaft. Nirgends derbe Resistenzen. Linkes Ovarium nicht fühlbar.

Am 25. Nov. ergibt die innere Untersuchung eine entschiedene Grössenzunahme des Tumors, in welchem das rechte Ovarium nicht mehr abzugrenzen ist, doch ist die Stelle, wo dasselbe am 21. Nov. konstatirt wurde, sehr druckempfindlich. Kein Blut mehr ab.

2. Dez. Tumor wird kleiner. Linkes Ovarium liegt tief, ist vergrössert und empfindlich.

16.—27. Dez. Menses ohne wesentliche Schmerzen. Rechtes Ovarium hinten seitlich am Uterus sehr empfindlich. Linkes Ovarium kleiner geworden, unempfindlich.

30. Jan. Geheilt entlassen.

Fall 18. Eintritt, 7. Dez. 1892. Austritt, 6. Febr. 1893.

R. E. 34 Jahre alt, Wittwe, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, bisweilen mit Molimina.

Patientin hat 9 mal geboren. Zuletzt im Jahre 1892. Letzte Periode vor 8 Tagen. Nach Aufhören derselben erkrankte Patientin unter heftigen Schmerzen im rechten Hypogastrium und im Kreuz; Uebligsein und Kopfweh. Die Schmerzen halten bis heute an. Stuhlgang und Exurese normal.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Am linken Unterschenkel zahlreiche Varicositäten. Portio vaginalis tief vor der Führungslinie. Uterus in Anteflexion. Im Douglas die Mittellinie nach rechts überschreitend, das linke Scheidengewölbe herunterdrängend, eine unregelmässige Resistenz.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

11. Dez. Blut ab per vaginam.

16.—19. Dez. Menses mittelstark, mit Molimina.

20. Dez. Vaginalportion vor der Führungslinie. Hoch hinter derselben eine grosse, harte, unregelmässige Resistenz, welche nach links an der Vaginalwand herunterzieht, nach rechts die Mittellinie überschreitet.

27. Dez. Resistenz im Douglas wird kleiner.

14.—17. Jan. Menses ohne Molimina.

6. Febr. *Austritt:* Im Douglas und nach links sich erstreckend noch eine Resistenz fühlbar.

Ueber dem rechten Scheidengewölbe das empfindliche rechte Ovarium, über dem linken, das linke normalgrosse Ovarium.

Fall 19. Eintritt, 1. Dez. 1888. Austritt, 26. Jan. 1889.

D. E. 30 Jahre alt, verheirathet, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina.

Patientin hat 6 mal geboren, darunter eine Frühgeburt, 2 Aborte, 1 mal Zwillinge und 2 normale Geburten, zuletzt im Jahre 1886.

Im Jahre 1887 war sie auf hiesiger Abtheilung, wegen Subinvolutio uteri post abortum. (Auskratzung), Hæmatocele retro-uterina. Oophoritis subacuta dextra.

Die Menses waren nach dem Austritte anfangs regelmässig, später anteponirend, ohne Molimina. Letzte Periode vor 6 Wochen,

14 Tage später vorübergehend erneuter blutiger Abgang unter heftigen Unterleibskrämpfen; seit 2 Wochen geht beständig etwas Blut ab. Appetitlosigkeit. Stuhlgang regelmässig. Stechende Schmerzen beim Urinieren.

Status praesens: Magere, sonst gut aussehende Patientin. Leib weich, über der Symphyse, links von der Mittellinie, eine hühnereigrosse Resistenz. Aus der Vagina fliesst etwas bräunliches Blut. Uterus klein in Anteflexio sinistroponirt. Hinteres Scheidengewölbe heruntergedrängt durch eine den Douglas einnehmende ovale Resistenz, welche sich nach rechts und nach links fast bis zur Beckenwand ausdehnt, den Uterus etwas überragt und mit der von aussen fühlbaren Resistenz zusammenhängt.

Diagnose: Haematocele retro-uterina.

10. Dez. Douglas links etwas vorgewölbt, zeigt keine deutliche Fluctuation. Von aussen sind beiderseits vom Uterus empfindliche Resistenzen fühlbar.

17. Dez. Douglas stärker vorgewölbt. Aus der Vagina geht fortwährend ein mässig starker blutiger Fluor ab.

18. Dez. Resistenz sowohl über dem hintern Scheidengewölbe, als auch von aussen, zu beiden Seiten des Uterus, deutlich grösser.

Bedeutende Leibschmerzen. Winde nicht ab. 2 mal Erbrechen.

22. Dez. *Eröffnung des Douglas* durch Punction und quere Incision vom hintern Scheidengewölbe aus. Entleerung von theils dunklem, flüssigem, theils geronnenem Blute.

Ausstopfung des Sackes mit Jodoformgaze.

In den folgenden Tagen leichte Temperatursteigerungen. Ab und zu noch Leibschmerzen. Der Tampon wird mehrmals gewechselt und am 3. Jan. für immer entfernt.

18. Jan. Hinter der portio vaginalis noch eine kleine Oeffnung fühlbar, deren Umgebung eine diffuse Resistenz darbietet.

26. Jan. *Austritt:* Uterus in Anteflexion II°, etwas links gelagert, beweglich. An Stelle der Incisionsöffnung eine kirsch-

kerngrosse Narbe. Hinter dem Uterus und rechts, eine kleine, nicht empfindliche Resistenz.

Fall 20. Eintritt, 5. Juli. Austritt, 3. Sept. 1892.

B. B. 26 Jahre alt, verheirathet, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, mittelstark, ohne Molimina. Hat zwei mal abortirt vor 2 und 5 Jahren; vor 2 und 4 Jahren hat sie angeblich eine Unterleibsentzündung durchgemacht. Letzte Periode am 6. Juni. Am 2. Tage derselben traten plötzlich heftige krampfartige Schmerzen im Abdomen ein; diese hörten bald wieder auf, setzten aber nach 3—4 Tagen Pause mit stets zunehmender Intensität wieder ein und concentrirten sich auf die rechte Unterbauchgegend. Die Blutung hat seither nicht mehr aufgehört. Stuhlgang retardirt, Exurese schmerzhaft.

Status praesens: Aussehen blass. Abdomen leicht aufgetrieben, in den Hypogastrien etwas empfindlich. Corpus uteri in Anteflexion dextrovertirt, nicht vergrössert, wenig empfindlich. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe eine weiche, empfindliche, fast bis zur Beckenwand reichende Resistenz, die sich nicht ganz genau abgrenzen lässt.

Diagnose: Haematocele retro-uterina.

13. Juli. Immer noch Blut ab durch vaginam. Die Schmerzen lassen nach.

18. Juli. Da trotz längerer Bettlage der retro-uterine Tumor stets wächst, wird die *Punction* und *quere Incision* der Hæmatocele vom hintern Scheidengewölbe aus vorgenommen. Aus der Höhle zwischen Uterus und Rectum entleeren sich alte Blutgerinnsel und seröse Flüssigkeit. Die hintere Vaginalwand wird durch Seidennäthe mit der Kapselwand vernäht. Die ziemlich starke Blutung aus der Incisionsöffnung steht auf Tamponade mit Jodoformgaze.

25. Juli. Der Tampon wird gewechselt u. s. w.

8. Aug. Tampon entfernt. Höhle fast ganz zugeschlossen. Portio hinter der Führungslinie klein, hart. Corpus uteri in Anteflexion, sehr empfindlich. Im Douglas ca. wallnussgrosse Resistenz um die etwa bleistiftdicke Incisionsöffnung. Leibschmerzen.

15. Aug. Im Douglas circa taubeneigrosse etwas empfindliche Resistenz.

3. Sept. *Austritt:* Im Douglas keine Resistenz mehr fühlbar. Ueber dem linken Scheidengewölbe das normale linke Ovarium.

Allgemeinbefinden gut.

Fall 21. Eintritt, 11. Dez. 1891. Austritt, 6. Febr. 1892. *St. E.* 39 Jahre alt. Wittwe, Haushälterin.

Letzte Periode am 10. Dec. 1891. Eine Entbindung mit dem Forceps im Jahre 1871. In den Jahren 1881 und 1888 angeblich Bauchfellentzündung. Seit der letzten Erkrankung Menses unregelmässig anteponirend, stark, mit Molimina. In der Zwischenzeit leidet Patientin häufig an Schmerzen im Unterleib und Kreuz, namentlich beim Gehen und bei der Arbeit. Mitte Juni trat bei schwerer Arbeit zur Zeit der Menses ein Schwächeanfall ein. Auf 3-tägige Bettruhe Besserung. Am 11. Aug. plötzliches Unwohlwerden während eines Bades, nachher Schwindligsein und Brechreiz. 3 Tage darauf Eintritt profuser Menses, welche 13 Tage anhielten unter Abgang grösserer Gerinnsel und häufigen kneifenden Schmerzen links im Abdomen. Seither allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit, blasses Aussehen. Im Sept. nach einem Sitzbade, heftiger Stuhldrang, worauf ca. $^1/_2$ Glas Eiter per anum abgegangen sein soll; ebenso an den 2 folgenden Tagen. Seitdem soll öfters, manchmal in grösseren Quantitäten, Eiter aus dem After sich entleert haben. Stuhlgang retardirt. Urindrang.

Status praesens: Anæmische Patientin. Abdomen etwas aufgetrieben, nirgends empfindlich. Corpus uteri undeutlich links vorn. Der Douglas ist ausgefüllt von einer harten Resistenz, welche sich nach rechts und links, namentlich aber durch das linke Parametrium bis zur Beckenwand erstreckt. Per rectum fühlt man die vordere Rectalwand nach innen vorgetrieben durch einen harten Tumor, welcher die vordere Hälfte des Rectums umschnürt und dessen Lumen verringert. Ueber demselben eine enge Stelle, wahrscheinlich die Perforationsöffnung.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina.

18. Dez. Patientin klagt fortwährend heftige Leibschmerzen.

2. Jan. Corpus uteri in Anteflexion gross. Resistenzen im Douglas und über beiden Scheidengewölben kleiner geworden.
4.—7. Jan. Menses mit Schmerzen im linken Hypogastrium.
6. Febr. *Austritt:* Douglas ausgefüllt von einer eigrossen, harten, nicht empfindlichen Resistenz, welche linkerseits die Beckenwand erreicht, während das rechte Scheidengewölbe frei bleibt.

Fall 22. Eintritt, 24. Aug. Austritt, 10. Oct. 1892.

Gl. A. 24 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig mit vorausgehenden und die ersten Tage anhaltenden Molimina. Letzte Periode Anfangs Mai. Hat 2 mal geboren. Erste Entbindung mit der Zange. 2. Geburt normal im Jahre 1891. Nach der letzten normalen Periode Anfangs Mai blieben die Menses 8 Wochen lang aus und stellten sich Anfangs Juli wieder ein. Nach 3-tägigem Abgange von wässerigem Blute, wie bei der normalen Periode, traten am 4. Tage plötzlich heftige, krampfhafte Schmerzen im Leibe und Kreuz auf, sowie Uebelkeiten und Erbrechen. Gleichzeitig soll per vaginam ein kleines Häutchen mit Blut-koagulis abgegangen sein. Die Blutung dauerte nur in mässigem Grade circa 14 Tage, gewöhnlich mit krampfartigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, speciell in der regio Hypogastrica sinistra und häufigem Drange zum Wasserlassen.

Nach 4-tägiger Pause erneuter Blutabgang mit zeitweiligen Krampfanfällen von geringerer Intensität bis zum Spitaleintritt. Stuhlgang meist retardirt. Urese in letzter Zeit normal.

Status praesens: Mittlerer Ernährungszustand. Aus beiden Brüsten Collostrum auspressbar. Abdomen nicht aufgetrieben, weich. Ueber dem linken Poupart'schen Bande befindet sich eine kugelige harte Resistenz, welche sich bis 8 cm. über die Symphyse erstreckt, rechts bis zur Linea alba, links bis 5 cm. von der Spina ilei ant. sup. reicht. Rechts von der Medianlinie befindet sich eine zweite, kleinere Resistenz, welche sich bis 6 cm. über die Symphyse ausdehnt. Schleimhaut des Introitus vaginæ blass. Portio vor der Führungslinie klein, hart, etwas nach links deviirend. Corpus uteri hinter der Symphyse gerade stehend, dem rechtsseitig von aussen fühlbaren Tumor entsprechend, etwas

beweglich. Im Douglas und über dem linken seitlichen Scheidengewölbe befindet sich eine Resistenz, von prælelastischer Consistenz und glatter Oberfläche, welche das Scheidengewölbe fast bis auf die Höhe des Os extenum herunterdrängt und mit dem von aussen zu fühlenden linksseitigen Tumor undeutlich im Zusammenhang steht.

Diagnose: Linksseitige geplatzte Tubarschwangerschaft cum Hæmatocele retro-uterina.

1. Sept. Corpus uteri vorn rechts, links von demselben eine, von aussen gut abtastbare, harte, höckerige Resistenz. Kein blutiger Abgang.
15. Sept. Resistenz wird im Douglas kleiner und weicher, ist aber im Parametrium noch hart.
10. Oct. *Austritt:* Corpus uteri in Dextroante-positio. Im Douglas mehr nach links noch ein hühnereigrosser, etwas empfindlicher Tumor, auf welchem links neben und hinter dem Uterus eine kleinere, wenig empfindliche Resistenz sitzt.

Fall 23. Eintritt, 2. März. Austritt, 30. Mai 1891.

R. A. 33 Jahre alt, Hausfrau.

Menses seit einem Jahre unregelmässig 4—6-wöchentlich. Patientin hat 3 mal geboren, zuletzt im Jahre 1883. Vor 2 Jahren will sie wegen Blutungen aus der Scheide krank gewesen sein. Die jetzige Erkrankung begann vor 5 Wochen plötzlich unter Uebligwerden und Erbrechen, sowie heftigen Schmerzen in den unteren Parthieen des Abdomens. Seitdem kehrten die Schmerzen trotz Bettruhe alle 2 Tage wieder und waren jeweilen 2—3 Stunden sehr intensiv mit Erbrechen. In der zweiten Woche der Erkrankung trat eine mittelstarke 5-tägige Blutung (Periode) ein, seit welcher die Schmerzanfälle seltener und von kürzerer Dauer sind. Beständiger Drang zum Wasserlassen und spontaner Urinabfluss. Stuhlgang retardirt. Appetit schlecht.

Status praesens: Anæmische Patientin. Abdomen sehr stark aufgetrieben, hart, nicht empfindlich. Corpus uteri nicht deutlich zu fühlen. Ueber beiden seitlichen und dem vordern Scheidengewölbe gleichmässige Resistenzen fühlbar. Im Douglas mehr nach links eine halbweiche Resistenz. Blase prall gefüllt. Puls klein, frequent.

Diagnose: Geplatzte Extrauterinschwangerschaft mit Hæmatom und Hæmatocele.

Vom 3.—22. März Temperatursteigerungen bis 40,1°. Puls schwankt zwischen 116—120.

7. März. Urin muss per Katheter entleert werden.

11. März. Kann nur wenig Wasser spontan lösen. Blase bleibt fast immer gefüllt.

17. März. Cervix für die Fingerspitze durchgängig. Corpus uteri undeutlich vorn. Resistenz im Douglas und im rechten Parametrium kleiner.

19. März. Brechreiz und Erbrechen.

23. März. Im Douglas noch deutlich eigrosser, empfindlicher Tumor. Linkes Scheidengewölbe durch eine undeutlich abgegrenzte Resistenz heruntergedrängt.

7. April. Resistenz kleiner geworden, erreicht im Douglas die Mittellinie und geht rechts beinahe bis zur Beckenwand.

23. April. Aus der Scheide geht immer noch etwas Blut ab.

30. Mai. *Austritt:* Im Douglas befindet sich ein orangegrosser ziemlich weicher Tumor, welcher nach rechts die Beckenwand nicht ganz erreicht und nach links die Mittellinie etwas überschreitet.

Fall 24. Eintritt, 19. Dez. 1891. Austritt, 5. Febr. 1892.

S. Fr. 25 Jahre alt, verheirathet, Schneiderin.

Menses unregelmässig, mittelstark, mit Molimina, zuletzt vom 3.—5. Dec. Hat nie geboren. Vor 4 Jahren will Patientin eine Unterleibsentzündung durchgemacht haben. Seit einigen Monaten hie und da leichte stechende Schmerzen im Abdomen, welche seit dem 17. Dec. häufiger und intensiver geworden sind und sich im linken Hypogastrium localisirt haben. Von hier strahlen sie nach dem Kreuz und linken Oberschenkel bis ins Knie. Allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Frösteln, 1 mal Erbrechen, Stuhlgang retardirt. Beim Uriniren treten oft heftige Unterleibskrämpfe ein worauf die Miction unmöglich wird.

Status praesens: Leicht anæmische Patientin. Abdomen etwas aufgetrieben, weich, nirgends empfindlich, Uterus in leichter Anteflexion reclinirt. Links von ihm eine klopfende Arterie. Ueber dem linken Vaginalgewölbe, theils im Parametrium, theils

intraperitoneal eine nach links seitlich sich erstreckende und von aussen über dem Poupart'schen Bande palpable, sehr schmerzhafte Resistenz; Ovarium sinistrum wahrscheinlich darin liegend R. Ovarium normal.

Diagnose: Geplatzter Hæmatosalpix cum Hæmatocele retrouterina et Hæmatoma periuterinum.

25. Dez. Klagt Leibschmerzen. Von der rechten Seite der Vaginalportion geht eine sehr empfindliche Schwellung durch das vordere Scheidengewölbe um im linken Parametrium in eine ziemlich harte Resistenz überzugehen.

27.—30. Dez. Menses verlaufen ziemlich stark.

2. Jan. Tumor über dem linken Scheidengewölbe deutlich abtastbar, empfindlich, härter und etwas kleiner.

14. Jan. Corpus uteri nach links gezogen. Neben der Uteruskante, in der Höhe der Tube die wesentlich kleiner gewordene, empfindliche Resistenz.

5. Febr. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion reclinirt. Hoch über dem linken Scheidengewölbe, von der Tube und dem obern Theile des Ligamentum latum ausgehend eine etwas empfindliche Resistenz.

Fall 25. Eintritt, 22. Nov. 1887. Austritt, 4. Jan. 1888. *V. A.* 26 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

War im Jahre 1881 auf der gynæk. Abtheilung wegen Hæmonhagieen und Perimetritis exsudativa. Menses regelmässig, stark, mit Molimina. Hat niemals geboren. Die letzte Periode begann am 8. Nov. Am 13. Dez. stellten sich stärkere Schmerzen ein im Kreuz und in der rechten Unterbauchgegend. Die Blutung wurde reichlicher und dauert seitdem in geringem Grade fort. Die Schmerzen nahmen fortwährend an Intensität zu und nöthigten Patientin zur Bettruhe. Appetit gut. Stuhlgang retardirt. Urese normal.

Status praesens: Etwas anæmische Patientin. Leib nicht aufgetrieben. Rechte Unterbauchgegend druckempfindlich. Uterus vorn, klein und beweglich. Ueber dem rechten Vaginalgewölbe, dasselbe tief herunterdrängend, ein mittelharter, höckeriger, sehr empfindlicher Tumor, welcher dem Uterus dicht anliegt, die seitliche Beckenwand aber nicht erreicht und im Douglas bis zur Mittellinie zieht.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum et posterius.

Vom 22.—25. November beständig Leibschmerzen und leichte Genitalblutung.

Temperaturen:	22.	$38,_{6}$	
	23.	$37,_{6}$	$38,_{3}$
	24.	$37,_{6}$	$39,_{5}$
	25.	$37,_{3}$	$40,_{0}$
	26.	$37,_{3}$	$37,_{0}$.

Schmerzen lassen nach.

30. Nov. Portio tiefer heruntergedrängt. Tumor rechts grösser, reicht jetzt auch nach vorne.

10. Dez. Resistenz wieder bedeutend kleiner geworden; rechtes Scheidengewölbe durch einen Höcker derselben nach unten abgeflacht. Kein Blutabfluss.

18. Dez. Uterus vorn bei Excursionen empfindlich. Rechts seitlich vom Vaginalgewölbe 2 rundliche leicht bewegliche Tumoren.

30. Dez. Uterus wie oben. Hoch oben und rechts seitlich vom Uterus ein empfindlicher, haselnussgrosser Tumor. Ovarium.

4. Jan. *Austritt:* Völliges Wohlbefinden.

Fall 26. Eintritt, 13. März. Austritt, 4. August 1888.

N. M. 36 Jahre, ledig, Fabrikarbeiterin.

War im Jahre 1884 auf der Abtheilung wegen Myoma der vordern Uteruswand, Endometritis fungosa, Mennorrhagie (Raclement.)

Im Jahre 1872 eine normale Geburt. Menses seit 3 Monaten anteponirend, profus mit starken Krämpfen. Seit 3 Wochen Schmerzen im Unterleibe. Druckgefühl auf Blase und Mastdarm. Vor 14 Tagen trat die letzte Periode zur richtigen Zeit ein, dauerte aber bis heute fort. Grosse Schwäche und andauernde Schmerzen im Abdomen. Stuhlgang regelmässig. Drang zum Wasserlassen.

Status praesens: Magere, etwas anæmische Patientin. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. In den seitlichen Theilen auf Druck empfindlich.

Uterus in Geradestellung, nach rechts gelagert. Durch das linke Scheidengewölbe deutliche Pulsation fühlbar. Links vom Uterus demselben anliegend, ein härtliche, kaum fluctuirende

Geschwulst, welche sich diffus nach der linken Beckenfläche ausbreitet.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrium, bei den Menses recidivirend.

18. März. Blutabgang wird geringer.
21. März. Uterus noch stark nach rechts gelagert, Furche zwischen ihm und dem Tumor ist breiter geworden.
10. April. Muttermund klaffend. Uterus vorn rechts. Tumor über dem linken Scheidengewölbe wallnussgross, weich und beweglich, reicht nicht mehr bis zur Beckenwand.
11.—15. April. Menses.
24. April. Tumor über dem linken Scheidengewölbe nach der Beckenwand und nach vorne zu wieder gewachsen.
8. Mai. Im linken Parametrium bis zur Beckenwand reichend und im Douglas höckerige Massen. Lebhafte Schmerzen im linken Beine.
19. Mai. Menses setzen schwach ein.
30. Mai. Menses vorbei.
7. Juni. Tumor links kleiner und weicher. Rechtes Ovarium nicht fühlbar.
23.—28. Juni. Menses.
9. Juli. Uterus in Anteflexion. Ueber dem linken Scheidengewölbe noch kleine, knollige Resistenz.
25.—27. Juli. Menses ohne Molimina.
4. Aug. *Austritt:* Im linken Parametrium noch eine kleine, weiche, dem Uterus anliegende, nicht empfindliche Resistenz.

Fall 27. Eintritt, 15. Mai. Austritt, 14. Aug. 1888.

St. B. 43 Jahre, ledig Fabrikarbeiterin.

Menses seit einem halben Jahre unregelmässig, postponirend, schwach. Vor 14 Jahren eine Entbindung, wahrscheinlich mit dem Forceps. Seit der letzten Menstruation vor 3 Wochen schleimigeiteriger, übelriechender Ausfluss aus der Scheide.

Häufige Leibschmerzen und Athembeengung. Appetit sehr gering, seit 8 Tagen Obstipation. Exurese normal. Sexueller Rapport wird negirt.

Status praesens: Abdomen etwas meteoristisch aufgetrieben, weich. Uterus rechts seitlich, weich, von normaler Grösse.

Ueber dem linken Scheidengewölbe bis an die seitliche Beckenwand reichend und im Douglas derbe Resistenz von höckeriger, unterer Oberfläche. Das Rectum ist nach rechts verschoben.

Blutabgang per vaginam.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

Metritis chronica. Leichtes Recidiv bei den Menses.

24. Mai. Scheidenblutung hat vollständig nachgelassen.

25. Mai. Portio hoch hinter der Symphyse. Tumor links sehr gross, hart, erreicht die seitliche Beckenwand, und geht im Douglas bis zur Mittellinie.

29. Mai. Tumor links neben dem Uterus kleiner geworden, geht nicht mehr bis an die seitliche Beckenwand.

3.—13. Juni. Menses. Anfangs stark, ohne Molimina.

13. Juni. Uterus in Anteflexion. Resistenz im linken Parametrium eher etwas höher hinaufreichend wie früher, erreicht wieder die linke Beckenwand.

3. Juli. Uterus in Retroflexion, median gelegen, beweglich, empfindlich, chronisch, metritisch verdickt. Von demselben zieht nach links noch ein kleiner, derber Strang. Ovarien nicht fühlbar.

14. Aug. *Austritt:* Status idem.

Fall 28. Eintritt, 4. Juni. Austritt, 31. Juli.

W. J. 25 Jahre, verheirathet, Fabrikarbeiterin.

Vor 2 Jahren will Patientin im Anschluss an die Periode ein ähnliches Leiden durchgemacht haben wie jetzt. Menses regelmässig, stark, mit Molimina. Vor 7 Jahren normale Geburt. Letzte Periode am 22. Mai, dauerte ausnahmsweise 5 Tage. Seither Schmerzen im Kreuz und in der Ileocolialgegend, welche oft auch in's rechte Bein ausstrahlen. Appetit mässig. Stuhlgang retardirt. Seit einigen Tagen Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Abdomen nicht aufgetrieben, in der regio iliaca dextra druckempfindlich. Corpus uteri nach vorn und links, mittelgross, hart, beweglich, etwas empfindlich. Ueber dem rechten und hintern Scheidengewölbe unregelmässige, knollige, empfindliche Massen. Linkes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum et posterius.

6. Juni. Mässige Blutung ex vagina.

11. Juni. Der Abgang von blutig-schmierigen Massen dauert fort. Brennen beim Wasserlassen.

15.—19. Juni. Menses, sind stark.

19. Juni. Uterus in Retroversio I°. Resistenz hinten und rechts bedeutend kleiner geworden.

21.—23. Juni. Wieder reichlicher Blutabgang, sich später oft wiederholend.

16.—18. Juli. Menses.

31. Juli. *Austritt:* Uterus in Retroversion. Rechts von demselben noch ein derber, wenig empfindlicher Strang fühlbar; hinteres Scheidengewölbe frei.

Fall 29. Eintritt, 4. Juli. Austritt, 21. Aug.

K. M. 35 Jahre, verheirathet, Zettlerin.

Menses regelmässig, mittelstark, ohne Molimina. Drei normale Entbindungen, die letzte vor 10 Jahren. Letzte Menses am 7. Mai. Patientin besorgte damals die Wäsche, will sich aber nicht in abnormer Weise angestrengt haben. Seitdem geht immer, je nach der Grösse der Anstrengung, unter öftern Krämpfen, mehr oder weniger Blut ab. Seit anfangs Juni sind die Blutverluste reichlicher, seit einer Woche profus, verbunden mit Schmerzen links im Abdomen und im Kreuz. Das Blut soll dem Menstrualblut ähnlich sein. Sonst keine Klagen.

Status praesens: Allgemeines Aussehen ordentlich. Ueber der Symphyse nach links eine druckempfindliche Stelle. Muttermund klaffend. Uterus in Anteflexion nach rechts verschoben, hart und vergrössert.

Das linke Scheidengewölbe ist heruntergedrängt durch einen höckerigen, weichen, nicht beweglichen Tumor, welcher sich vom Uterus nach der seitlichen Beckenwand zieht.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

17. Juli. Die Resistenz über dem linken Scheidengewölbe ist grösser geworden, geht hinten über die Mittellinie. Rechtes Parametrium frei. Etwas Blut ab.

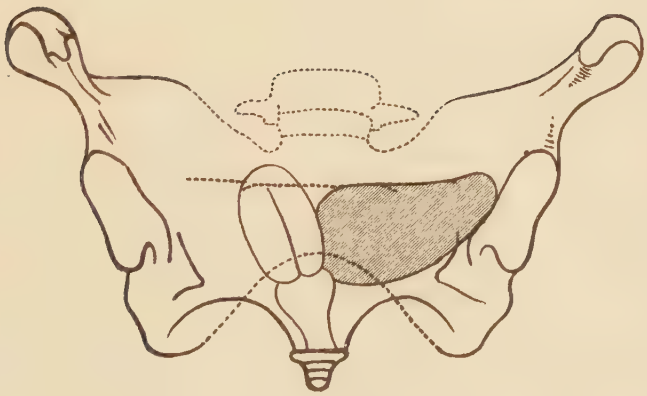
23. Juli. Blutung hat nachgelassen.

2. Aug. Uterus in Dextro-retro-flexion. Resistenz im linken Parametrium bedeutend weicher und auch kleiner geworden,

Fall 29.

a.

b.



Hæmatoma periuterinum sinistrum.

erreicht die seitliche Beckenwand nicht mehr, geht aber hinten noch über die Mittellinie.

5.—8. Aug. Menses von mässiger Stärke.

8. Aug. Ueber dem linken Scheidengewölbe noch eine taubeneigrosse, weiche, unempfindliche Resistenz.

21. Aug. *Austritt:* Uterus rechts hinten beweglich. Ueber dem linken Scheidengewölbe das etwa haselnussgrosse, wenig bewegliche, etwas empfindliche linke Ovarium. Sonst keine Resistenz mehr fühlbar.

Fall 30. Eintritt, 30. Nov. 1888. Austritt, 27. Jan. 1889. *R. A.* 24 Jahre alt, Wirthsfrau.

Menses postponirend, schwach mit Molimina. Im Jahre 1887 eine Zangenentbindung mit 3-wöchentlichem Fieber im Wochenbett. Die Menses 6 Wochen post partum wieder eingetreten. Am 11. Nov. trat ohne besondere Veranlassung eine leichte Blutung ein, welche in der Nacht stärker wurde und am folgenden Tage mit lebhaften Krämpfen verbunden war. Der Blutabfluss dauerte nun ununterbrochen 7 Tage fort, unter leichten stechenden Schmerzen. Am 27. Nov. folgte dann unter heftigen Schmerzen eine neue, ziemlich starke Genitalblutung. Appetit schlecht. Stuhlgang nur auf Laxantien. Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Abdomen etwas aufgetrieben, auf Druck sehr empfindlich. Muttermund für die Fingerkuppe durchgängig. Corpus uteri über dem vordern Scheidengewölbe vergrössert, hart, etwas empfindlich. Im Douglas, besonders nach links, aber auch nach rechts hinüberragend ein ziemlich harter, höckeriger, äusserst empfindlicher Tumor, welcher auch per rectum sehr deutlich zu fühlen ist.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

30. Nov. Lebhafte Leibschmerzen. Mässig starker Blutabgang.

4. Dez. Schmerzen lassen nach. Blutung sistirt.

8. Dez. Wieder leichter Blutabgang, sonst Status idem.

19. Dez. Tumor im Abnehmen begriffen.

13. Jan. Corpus uteri nach rechts vorne gelagert, beweglich. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, dem Corpus uteri dicht anliegend, ein unregelmässiger, höckeriger Tumor, welcher aber wesentlich kleiner geworden.

Linke Douglasfalte straff, empfindlich.

27. Jan. *Austritt:* Obige Resistenz dicht am Corpus uteri, klein, wenig empfindlich, sonst Status idem.

Fall 31. Eintritt, 17. Dez. 1887. Austritt, 20. Jan. 1888.

G. A. 27 Jahre alt, ledig, Glätterin.

Menses regelmässig mittelstark, ohne Molimina. Hat nie geboren. Letzte Periode vor 5 Wochen. 3 Tage nach Aufhören derselben trat plötzlich unter Schmerzen im Kreuz und beiden Oberschenkeln eine profuse Blutung ein, welche drei Tage lang anhielt. Nach 10-tägiger Pause wiederholte sich der Blutabgang und dauerte nun 1 Woche, verbunden mit Schmerzen im Kreuz und über der linken Darmbeinschaufel. Allgemeine Schwäche, Appetitverminderung und Obstipation. Urese normal.

Status praesens: Abgemagerte Patientin. Abdomen weich, nirgends empfindlich. Muttermund leicht klaffend. Corpus uteri von aussen rechts neben der Symphyse fühlbar, nicht vergrössert. Per rectum ist der elongirte Uterus nach rechts und hinten zu fühlen. Rechtes Parametrium frei. Im linken Parametrium sitzt eine das linke Scheidengewölbe abflachende, ins grosse Becken hinaufragende, nicht bewegliche, pralle, über gänseeigrosse Resistenz. Douglas frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

21.—27. Dez. Menses stark mit Leibschmerzen.

29. Dez. Tumor über dem linken Scheidengewölbe härter aber kleiner geworden.

2. Jan. Resistenz links noch wallnussgross, wenig empfindlich.

20. Jan. *Austritt:* Ueber dem linken Scheidengewölbe ist, dem Uterus anliegend, als platter, empfindlicher Tumor, das vergrösserte linke Ovarium zu fühlen.

Fall 32. Eintritt, 9. Mai. Austritt, 13. Aug. 1889.

V. A. 26 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin, war zuletzt auf hiesiger gynæk. Abtheilung vom 22. Nov. 1887 bis 4. Jan. 1888 wegen Hæmatoma periuterinum dextrum et posterius und wurde geheilt entlassen (vide Fall 25).

Die letzte Periode vom 25. März—2. April verlief mit heftigen, krampfartigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Dabei will Patientin schwer gearbeitet, namentlich auch gehoben haben.

Nach Beendigung der Periode wurden genannte Schmerzen noch heftiger, auch in die Beine ausstrahlend. Am 13. April trat eine erneute 10-tägige, sehr starke, von heftigen Schmerzen begleitete Blutung ein, welche sich nach 2-tägiger Pause verminderte, aber trotz Bettruhe und Eis bis heute nicht vollständig nachliess.

Status praesens: Anæmische Patientin. Abdomen über dem rechten Poupart'schen Bande etwas druckempfindlich. Portio vaginalis etwas nach links verschoben. Uterus in Anteflexion II°, links gelagert. Im Douglas und im rechten Parametrium eine harte, sehr empfindliche Resistenz, welche sich bis an die rechte Beckenwand und bis zum Sacrum erstreckt, und auch bis in's linke Parametrium hinüber reicht. Mässiger Abgang von Cruor.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum.

14. Mai. Blutung sistirt.
Stets noch Kreuzschmerzen.

24. Mai. Tumor über dem rechten und hintern Scheidengewölbe etwas beweglich und kleiner geworden; über dem linken Scheidengewölbe eine undeutliche Resistenz.

14. Juni. Im Douglas und rechts eine empfindliche Resistenz, welche nicht mehr bis zur Beckenwand reicht.
Ab und zu noch Schmerzen.

2. Juli. Resistenz noch wallnussgross.

4.—9. Juli. Menses ziemlich stark mit Molimina.

13. Juli. Uterus in Anteflexion II°. Im rechten Parametrium eine strangförmige Resistenz.

2.—7. Aug. Menses wie früher.

13. Aug. *Austritt:* Uterus in Anteflexion II°, beweglich, nicht empfindlich. Links hinter demselben, das etwas vergrösserte, nicht empfindliche, linke Ovarium. Allgemeinbefinden gut.

Fall 33. Eintritt, 14. Mai. Austritt, 20. Juli 1889.

P. M. 33 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Hat 1 mal geboren (normal) im Jahre 1880. Vor 3 Jahren will sie eine ähnliche Krankheit wie gegenwärtig durchgemacht haben. Sie wurde angeblich wegen Peritonitis ärztlich behandelt. Menses regelmässig, schwach, ohne Molimina, zuletzt am 20. März. Nach 5-wöchentlicher Pause trat eine Blutung, ähnlich den früheren

Menses, ein, zu welcher sich nach 3-tägiger Dauer Molimina hinzugesellten. Seither dauert die Blutung, oft einen Tag aussetzend, unter Krämpfen und mehrmaligem Erbrechen fort. Die Möglichkeit einer Gravidität wird nicht in Abrede gestellt.

Status praesens: Magere, etwas blasse Patientin. Abdomen nirgends empfindlich. Portio klein, hart, cylindrisch, etwas nach links verschoben. Uterus mittelgross, schwer beweglich, in Anteflexio I°, links gelagert. Rechtes Scheidengewölbe heruntergedrängt durch eine circumscripte, harte, etwas knöcherige, wenig empfindliche Resistenz, welche die rechte Beckenwand nicht ganz erreicht und einen Fortsatz in den Douglas und etwas über die Mittellinie hinaussendet.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum.

15. Mai. Blutabgang ziemlich reichlich.
24. Mai. Tumor zeigt keine Neigung zurückzugehen.
7. Juni. Status idem.
21. Juni. Im Douglas noch eine taubeneigrosse Resistenz.
24.—27. Juni. Menses von mittlerer Stärke, ohne Schmerzen.
28. Juni. Ueber dem rechten Scheidengewölbe ein circumscripter, wallnussgrosser Tumor, welcher nach hinten diffus zum Os sacrum übergeht.
7. Juli. Resistenz kaum taubeneigross, mehr diffus.
20. Juli. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexion, mittelgross, beweglich. Im rechten Parametrium und im Douglas noch eine undeutliche Resistenz.

Fall 34. Eintritt, 21. Juni. Austritt, 3. Aug. 1889.

E. M. 32 Jahr alt, Wittwe.

Menses stark, ohne Molimina. Patientin hat 5 mal normal geboren. Vor 3 Wochen wurde sie plötzlich von heftigen Krämpfen im Unterleib und Kreuz befallen, welche nach 3-tägiger Bettruhe und auf kalte Umschläge wieder nachliessen. Vor einer Woche schon, nach einem Intervall von nur 14 Tagen, Wiedereintritt der Menses. Letztere hielten wie früher 5 Tage an und waren sehr stark, mit heftigen bis heute noch bestehenden Molimina. Appetit gering. Stuhlgang retardirt. Urese normal.

Status praesens: Allgemeines Aussehen gut. Abdomen nicht aufgetrieben, über dem rechten Poupart'schen Bande etwas druck-

empfindlich. Corpus uteri in Anteflexion, mittelgross, nicht beweglich, empfindlich. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, nicht bis zur Beckenwand und im Douglas nur bis zur Mittellinie, nach hinten aber bis zum Os sacrum und der Symphysis sacro-iliaca reichend, eine harte, höckerige, sehr empfindliche Resistenz.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum.

6. Juli. Resistenz hinten rechts in rascher Rückbildung begriffen, noch circa hühnereigross.

11. Juli. Resistenz noch wallnussgross, wenig empfindlich.

25. Juli. Im rechten Parametrium und im Douglas eine empfindliche, rundliche Resistenz, welche als das kaum vergrösserte, rechte Ovarium anzusehen ist.

3. Aug. *Austritt:* Ueber dem rechten Scheidengewölbe etwas über haselnussgrosses, rechtes Ovarium fühlbar. Corpus uteri gerade. Hæmatom vollständig verschwunden.

Fall 35. Eintritt, 13. Sept. Austritt, 21. Nov. 1889.

M. M. 45 Jahre alt, Hausfrau, steril.

Seit 5 Jahren hat Patientin ein aufgetriebenes Abdomen, weiss aber dafür keine Ursache anzugeben. Seit einem ½ Jahre sind die Menses unregelmässig ante- und postponirend mit Molimina. Vor 14 Tagen traten unter heftigen Schmerzen sehr profuse Menses ein, welche bis gestern andauerten. Stuhlgang diarrhoisch. Urese normal.

Status praesens: Abdomen stark aufgetrieben. Ueber der Symphyse ist ein harter, unbeweglicher unempfindlicher in's kleine Becken sich fortsetzender bis 3 Querfinger unterhalb des Nabels sich erstreckenden Tumor durchzufühlen. Uterus gross, durch das vordere Scheidengewölbe als harter Tumor durchzufühlen, welcher mit dem von aussen fühlbaren Tumor zusammenhängt, unbeweglich und unempfindlich ist. Am 18. Sept. wird im Douglas rechts eine empfindliche, ziemlich harte Resistenz konstatirt und die

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum et posterius nebst Fibromyoma uteri gestellt.

30. Sept. Klagt Leib- und Kreuzschmerzen. Allgemeinbefinden ordentlich. Resistenz im Douglas unverändert.

2. Oct. Rechtes Scheidengewölbe abgeflacht. Ueber demselben eine Resistenz fühlbar, die sich bis in den Douglas erstreckt.
11. Oct. Resistenz kleiner geworden.
11.—18. Oct. Menses, im Beginne sehr stark.
21. Oct. *Austritt:* Ueber dem rechten und hintern Scheidengewölbe ist noch eine bis auf's Kreuzbein reichende Resistenz zu fühlen.

Fall 36. Eintritt, 16. Sept. Austritt, 1. Nov. 1889.

B. B. 26 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, mit Molimina. Im Jahre 1887 eine Entbindung mit der Zange. Seit der Geburt sind die Menses unregelmässig, ante- und postponirend, stark, ohne Molimina. Letzte Periode vor 4 Wochen, sehr profus, mit lebhaften, in das linke Bein ausstrahlenden, Schmerzen in der linken Unterbauchgegend und im Kreuz. Auf Ergotin liess der Blutabgang nach, wurde aber später wieder sehr stark. Seitdem hielten die Schmerzen stets an und waren namentlich in der Nacht sehr lebhaft. Häufig schmerzhafter Urindrang und Tenesmus. Stuhlgang retardirt.

Status praesens: Abdomen nicht aufgetrieben, im linken Hypogastrium sehr druckempfindlich. Uterus in Anteflexio II°, mittelgross, wenig beweglich, sehr empfindlich. Linkes Scheidengewölbe heruntergedrängt durch eine empfindliche, unbewegliche Resistenz, welche im linken Parametrium sitzt, bis an die linke Beckenwand reicht, und sich nach rechts bis zu den Douglas'schen Falten erstreckt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

19. Sept. Schmerzen lassen nach. Kein Blut mehr ab.
30. Sept. Corpus uteri etwas nach rechts gelagert. Ueber dem linken Scheidengewölbe bedeutend kleiner gewordene, undeutliche Resistenz.
10. Oct. Im linken Parametrium noch eine leichte, empfindliche Resistenz.
1. Nov. *Austritt:* Allgemeinbefinden gut. Nirgends eine Resistenz mehr zu fühlen.

Fall 37. Eintritt, 17. Jan. Austritt, 22. Febr. 1890.

M. B. 28 Jahre alt, ledig, Dienstmädchen.

Menses regelmässig, stark, mit Molimina 1—2 Tage vor Eintritt derselben. Mitte December erkrankte Patientin, während sie zur Zeit der Periode schwer arbeitete, plötzlich mit heftigen Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes und im Kreuz. Trotz absoluter Bettruhe auf der medic. Abtheilung trat 3 Tage nach Ablauf der Periode eine neue mit heftigen Unterleibsschmerzen verbundene 6-tägige Blutung ein. Seither leidet Patientin täglich an anfallsweise auftretenden, bei Anstrengung sich steigernden, Schmerzen im Abdomen, halbstündlichem Drang zum Wasserlassen, stechenden und brennenden Schmerzen beim Uriniren. Stuhlgang retardirt. Brechreiz.

Status praesens: Etwas anæmische, sonst gut ernährte Patientin. Abdomen mässig aufgetrieben, oberhalb der Symphyse auf Druck empfindlich. Corpus uteri nicht deutlich abzugrenzen von einer im Douglas sitzenden, das hintere Scheidengewölbe herunterdrängenden, harten, sehr empfindlichen Resistenz, welche sich auch nach dem rechten Parametrium erstreckt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

18. Jan. Erbrechen. Eiteriger Ausfluss aus der Scheide.

20. Jan. Portio vaginalis nach links verschoben. Ueber dem rechten Scheidengewölbe und im Douglas höckerige, empfindliche Resistenzen fühlbar.

23.—31. Jan. Menses, hie und da Schmerzen im rechten Hypogastrium.

31. Jan. Corpus uteri nicht deutlich abgrenzbar. Im Douglas noch leicht empfindliche Resistenzen.

22. Febr. *Austritt:* Ueber dem rechten Scheidengewölbe nicht empfindlicher, kaum beweglicher Tumor fühlbar, welcher sich bis in den Douglas erstreckt.

Fall 38. Eintritt, 14. Febr. Austritt, 3. April 1890.

M. A. 23 Jahre alt, verheirathet, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig, stark, mit Molimina vor und während derselben. Hat nie geboren. Am 3. März plötzliches Auftreten stechender Schmerzen im rechten Hypogastrium und im Kreuz, namentlich beim Gehen und bei Anstrengungen. Seit dem

6. März beständig mässig starker Blutabgang per vaginam; seit dem 10. März Zunahme obiger Schmerzen. Appetit mässig. Stuhlgang retardirt. Exurese normal.

Status praesens: Kräftig gebaute Patientin. Abdomen weich, im rechten Hypogastrium und über der Symphyse bei Druck empfindlich. Corpus uteri in Anteflexion. Durch das rechte Parametrium verläuft eine strangförmige, empfindliche Resistenz. Rechtes Ovarium klein, etwas empfindlich. Linkes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum.

15. Febr. Klagt Leibschmerzen.
18. Febr. Blutung hat aufgehört.
3. März. Rechts hinter dem Uterus noch eine kleine, weiche, empfindliche Resistenz.
8. März. Auf dem rechten Kreuzbeinflügel geringe, empfindliche Auflagerung.
17. März. Leibschmerzen.
18.—25. März. Menses. Parametrien empfindlich. Rechte Douglasfalte straff.
3. April. *Austritt:* Uterus in Anteflexion, etwas vergrössert, empfindlich, beweglich. Nirgends eine Resistenz fühlbar.

Fall 39. Eintritt, 2. Mai. Austritt, 1. Juli 1890.

G. L. 25 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses stark, ohne Molimina. Im August 1889 eine normale Entbindung. Letzte Periode am 15. April. Am 23. April begann, unter allmälig zunehmenden Schmerzen im linken Hypogastrium und im Kreuz, von neuem Blut abzugehen, so dass sich Patientin zu Bette legen musste. Stuhlgang regelmässig. Exurese normal. Fluor albus.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Abdomen weich, im linken Hypogastrium etwas druckempfindlich. Portio vaginalis nach rechts abgewichen, ziemlich hart. Muttermund für die Fingerspitze durchgängig. Corpus uteri undeutlich vorn rechts. Douglas eingenommen von einer elastischen, sehr empfindlichen Resistenz, welche durch das linke Parametrium sich bis gegen die Beckenwand erstreckt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

9.—17. Mai. Menses stark, verlaufen mit Molimina.

17. Mai. Resistenz im Douglas kleiner geworden.
24. Mai. Resistenz wieder etwas grösser, härter, wenig empfindlich.
5.—13. Juni. Corpus uteri in Anteflexio I—II°, etwas vergrössert. Im linken Parametrium noch eine ziemlich grosse, angeblich nicht empfindliche, theilweise bewegliche Resistenz.
1. Juli. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexio I°, beweglich. Ueber dem linken Scheidengewölbe noch eine geringe Resistenz. Douglas frei.

Fall 40. Eintritt, 6. Sept. Austritt 17. Oct. 1890.

H. R. 33 Jahre alt, Wirthsfrau.

Hat 2 mal geboren, zuletzt vor 6 Jahren, in beiden Wochenbetten Puerperalfieber. Im Februar 1890 im Anschluss an die Influenza angeblich Lungenentzündung. Menses regelmässig, mittelstark mit Molimina am ersten Tage. Am 26. Aug. traten, nach starker Anstrengung, Schmerzen auf beiden Seiten des Unterleibes und im Kreuz auf und am folgenden Tage Blutabgang per vaginam wie bei der Periode. Auf Bettruhe liessen die Schmerzen allmälig nach. Appetit gut. Stuhlgang habituell verstopft. Hie und da Brennen beim Wasserlassen. Fluor albus.

Status praesens: Kräftige Patientin. Leib weich, nirgends druckempfindlich. Portio hoch hinter der Führungslinie. Muttermund klaffend. Corpus uteri in Anteflexio II°, mittelgross, hart, druckempfindlich. Ueber dem hintern und rechten Vaginalgewölbe fühlt man eine diffuse, empfindliche Resistenz, die den ganzen Douglas ausfüllt und von da bis zur rechten seitlichen Beckenwand geht. Linkerseits ist mitten über dem Poupart'schen Bande, ebenso hoch über dem linken Scheidengewölbe ein cylindrischer, bei Druck empfindlicher, Strang zu fühlen, wahrscheinlich die durch Blut geschwollene, Tuba sinistra.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.
Tumor der linksseitigen Adnexa.

20. Sept. Resistenz im Douglas, namentlich über dem rechten Scheidengewölbe, bedeutend geringer. Auch die linksseitige Resistenz nimmt deutlich ab. Uterus in Anteflexio II°.
29. Sept. Ueber beiden Scheidengewölben und im Douglas noch Resistenzen fühlbar.
1.—10. Oct. Menses mittelstark, anfangs mit Kreuzschmerzen.

17. Oct. *Austritt:* Ueber dem linken und hintern Scheidengewölbe noch eine etwas empfindliche Resistenz. Rechtes Parametrium frei. Patientin wird auf Wunsch entlassen.

Fall 41. Eintritt, 23. Dez. 1890. Austritt, 10. Febr. 1891. *N. L.* 21 Jahre alt, Maurersfrau.

Menses regelmässig. 2 normale Entbindungen, die letzte im Nov. 1889. Im August wurde Patientin nach einer starken Anstrengung von anhaltenden, krampfartigen Schmerzen befallen, welche ihren Sitz auf beiden Seiten des Unterleibes hatten. Auf 6-wöchentliche Bettruhe und kalte Umschläge trat wieder Genesung ein, welche anhielt bis am 10. Dez., wo am letzten Tage der regelmässig eingetretenen Menses, ohne bekannte Ursache, dieselben Schmerzen wieder auftraten. Auf abermalige Bettruhe verschwanden die Schmerzen rechterseits, blieben aber in der linken Unterbauchgegend bestehen. Stuhlgang und Urese normal.

Status praesens: Auf der linken Seite des Abdomens ist bis handbreit über dem Ligamentum Poupartii eine druckempfindliche, tiefe Resistenz zu fühlen, deren oberer Rand eine nach oben convexe Linie beschreibt. Portio tief, nach rechts verschoben, hart. Corpus uteri etwas vergrössert, nach rechts gelagert, beweglich, nicht empfindlich. Linkes Scheidengewölbe breiter als das rechte, durch eine druckempfindliche, weiche Resistenz heruntergedrängt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum. Oophoritis und Perioophoritis sinistra.

29. Dez. Uterus fast gerade, gross, hart und empfindlich. Links neben demselben, hoch über dem Scheidengewölbe, dasselbe nicht mehr herunterdrängend, hühnereigrosse, unempfindliche Geschwulst. Der Douglas bei Berührung empfindlich. Puls klein und frequent.

5. Jan. Die links seitlich vom Uterus befindliche Resistenz ist kleiner und weicher geworden, festsitzend.

24.—28. Jan. Menses.

10. Febr. *Austritt:* Portio etwas hinter der Führungslinie, Muttermund klaffend, Uterus in rechtwinkliger Anteflexion, kleiner wie beim Eintritt. Links dicht neben dem Uterus, weicher empfindlicher Tumor, von der Grösse einer plattgedrückten Wallnuss. Ovarium sinistrum.

Fall 42. Eintritt 23. Jan. Austritt, 11. April 1891.

C. L. 19 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses regelmässig. Hat nie geboren. Die letzte Periode trat am 25. Dez. 1890 ein, sie war stärker und länger dauernd als die früheren und verlief mit Molimina. Am 6. Jan. 1891 trat wieder eine Blutung ein, welche unter Schmerzen im Kreuz und im linken Hypogastrium 3—4 Tage dauerte. Seit dem 17. Jan. continuirlich ziemlich profuser, theils flüssiger, theils geronnener Blutabgang. Appetit gut. Stuhlgang und Urese normal.

Status praesens: Aussehen blass, Abdomen weich, im linken Hypogastrium, druckempfindlich. Corpus uteri in Anteflexion, klein, hart. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe ein hühnereigrosser, empfindlicher Tumor, welcher bis zum Rectum hinzieht und dasselbe nach rechts verschiebt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

30. Jan. Kein Blut mehr ab.

5. Febr. Im Douglas und über dem linken Scheidengewölbe harte, knollige Resistenz.

10. Febr. Obige Resistenzen kleiner und härter geworden.

17.—24. Febr. Menses von mittlerer Stärke.

25. Febr. Im Douglas eine harte knollige Resistenz fühlbar, welche durch das linke Parametrium bis zur Beckenwand zieht und nach rechts sich etwas um den Uterus herumlegt.

26. Febr. Noch leichter Blutabgang.

6. März. Links neben der Portio noch ein Rest des Hæmatoms, Resistenz im Douglas bedeutend kleiner.

18.—31. März. Menses, anfangs von ziemlicher Stärke.

31. März. Im Douglas noch eine harte, unempfindliche Resistenz.

11. April. *Austritt:* Aussehen noch blass. Corpus uteri in Anteflexion klein, hart, beweglich. Nirgends eine Resistenz mehr fühlbar.

Fall 43. Eintritt, 28. April. Austritt, 15. August 1891.

G. M. 28 Jahre alt, Hausfrau, Nullipara.

Menses regelmässig, schwach mit Molimina. Vor 5 Wochen bekam Patientin beim Heben eines Schrankes, kurze Zeit nach Ablauf ihrer Periode, plötzlich heftige Schmerzen auf der linken

Seite des Unterleibes. Trotz Bettruhe trat am 11. April, unter heftigen Schmerzen im linken Hypogastrium, eine mit grössern Klumpen untermischte 11 Tage lang dauernde Blutung aus der Scheide ein. Seitdem dauern genannte Beschwerden im Unterleib und Kreuz beständig fort.

Status praesens: Anæmische, gracile Patientin. Abdomen weich in beiden Hypogastrien und oberhalb der Symphyse druckempfindlich. Corpus uteri nicht deutlich fühlbar. Im Douglas eine harte empfindliche Resistenz, welche nach dem rechten Parametrium sich erstreckt, das rechte Scheidengewölbe herunterdrängt und die rechte Beckenwand nicht ganz erreicht.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum. Oophoritis und Perioophoritis dextra.

9. Mai. Eintritt der Menses.
18. Mai. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, dicht neben dem Uterus, deutliche Resistenz.
29. Mai. Ueber dem rechten Scheidengewölbe kleinhühnereigrosse, empfindliche Resistenz, das rechte Ovarium. Leibschmerzen.
9. Juni. Rechtes Ovarium kleiner und weniger empfindlich.
20. Juni. Klagt wieder heftige Schmerzen im rechten Hypogastrium. Rechtes Ovarium wieder grösser, sehr empfindlich.
23. Juni. Schmerzen lassen nach.
7.—10. Juli. Menses mit starken Leibschmerzen.
15. Aug. *Austritt:* Corpus uteri in leichter Retroversion, klein, hart, etwas empfindlich. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, dicht neben dem Uterus, haselnussgrosses, fixirtes Ovarium.

Fall 44. Eintritt, 5. Aug. Austritt, 7. Sept. 1891.

S. E. 34 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, stark, mit Molimina. 4 normale Geburten, wovon die letzte im Jahre 1889. Die letzte Periode den 22. Juli verlief normal. Am 26. Juli traten, nach einer starken Anstrengung, vom Unterleibe nach dem rechten Oberschenkel ziehende Schmerzen auf. Am 29. Juli stellten sich plötzlich nach mehrmaligem Erbrechen, wehenartige, vom Kreuz in den Unterleib ausstrahlende, Schmerzen ein, welche sich seitdem öfters

wiederholten. Kein Blutabgang. Stuhlgang regelmässig. Leichtes Brennen beim Wasserlassen.

Status praesens: Allgemeinbefinden gut. Leib weich, nirgends empfindlich. Corpus uteri klein, hart, wenig beweglich, in Anteflexio I—II°. Im Douglas und über dem rechten Scheidengewölbe, die Beckenwand nicht ganz erreichend, harte, höckerige, empfindliche, nicht bewegliche Resistenz. Linkes Scheidengewölbe weich, nirgends empfindlich.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

8. Aug. Resistenz über dem rechten Scheidengewölbe grösser und härter, erreicht jetzt die Beckenwand und überschreitet den Douglas etwas nach links.

24. Aug. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, in der Höhe des Os internum uteri abgehend und gegen die Beckenwand hin verlaufend, eine empfindliche, strangförmige Resistenz. Douglas und linkes Parametrium frei.

28. Aug.—1. Sept. Menses. Portio vaginalis nach hinten gerichtet. Corpus uteri klein, vorn, rechts. Ueber dem rechten Scheidengewölbe noch undeutliche Resistenz. Douglasfalten empfindlich.

7. Sept. *Austritt:* Hoch über dem rechten Scheidengewölbe nach rechts und hinten gegen die Beckenwand sich verliérend, undeutliche, kaum empfindliche Resistenz.

Fall 45. Eintritt, 13. Sept. Austritt, 21. Dez. 1891.

B. C. 52 Jahre alt, Wittwe.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina. Hat einmal normal geboren im Jahre 1860. Letzte Periode am 3. Sept. wie sonst. Mit Eintritt derselben Unvermögen das Wasser zu lösen, sodass Patientin bis heute 3 mal täglich katheterisirt werden musste. Stuhl- und Windverhaltung. Fluor albus. In letzter Zeit zunehmende Spannung des Abdomens.

Status praesens: Anæmische Patientin. Portio vaginalis hoch hinter der Symphyse. Corpus uteri nicht fühlbar. Im Douglas und über beiden Scheidengewölben unregelmässige, höckerige Resistenzen. Vordere Rectalwand nach dem Lumen des Rectums stark vorgewölbt durch einen ziemlich harten, empfindlichen Tumor, über welchem die Rectalschleimhaut wenig verschieblich und ödematös ist.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

Vom 14.—20. Nov. schwankt die Temperatur zwischen $37{,}7$ und $39{,}4$. Puls zwischen 92 und 104.

27. Sept. Rechtes Parametrium und Douglas frei.

2. Dez. Im linken Parametrium seitlich bis an die Beckenwand reichende, harte Massen

21. Dez. *Austritt:* Corpus uteri klein, hart in leichter Retroflexion. Hoch über dem linken Scheidengewölbe noch geringe Resistenz fühlbar.

Fall 46. Eintritt, 5. März. Austritt, 12. April 1892.

R. M. 19 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin.

Menses seit einem Jahre anteponirend, stark, ohne Molimina. Vorletzte Periode nach 3 Wochen eingetreten, dauerte 14 Tage, ab und zu mit leichten Schmerzen im Abdomen. Nach 4-tägiger Pause erneuter Blutabgang, 8 Tage anhaltend. Letzte Menses 3 Wochen nach dem letzten Blutabgange am 29. März eingetreten. Seitdem beständig Blut ab per vaginam. Appetit gering. Stuhlgang regelmässig. Urese normal. Kopfschmerzen.

Status praesens am 5. April. Anæmische Patientin. Abdomen etwas gespannt, nicht empfindlich. Corpus uteri in Anteflexio II°. fixirt. Ueber dem linken Scheidengewölbe, dasselbe herunterdrängend, von der linken Uteruskante durch das linke Parametrium, bis an die seitliche Beckenwand und nach aufwärts bis an die Basis des Ligamentum latum reichende, harte, nicht empfindliche Resistenz, welche sich nach dem Douglas erstreckt um über dem rechten Scheidengewölbe in eine weichere circumscripte Resistenz überzugehen.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum. Tumor ovarii sinistr.

5. März. Dunkelrothes, schmieriges Blut ab per vaginam.

23. März. Uterus in Anteflexio I—II°. Resistenz im linken Parametrium kleiner geworden. Durch die Bauchdecken ist links neben und hinter dem Uterus ein beweglicher, kugeliger Tumor zu fühlen.

28. März. Untersuchung in Narkose: Corpus uteri klein, hart, in Anteflexio I—II°. Ueber dem linken und hintern Scheidengewölbe noch derbe Infiltrationen nachweisbar. Links neben und hinter dem Uterus, von demselben grössten-

theils abzugrenzen, ein gänseeigrosser, beweglicher, runder Tumor fühlbar. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, das geschwollene rechte Ovarium abzutasten. Status idem per rectum.

1.—5. April. Menses, bei mässiger Blutung, ohne Schmerzen.

5. April. Ueber dem linken Scheidengewölbe noch eine flache, der Beckenwand aufsitzende Resistenz.

12. April. *Austritt:* Corpus uteri in Anteflexio I°, dextrovertirt. An der linken Uteruskante ein kleinkindskopfgrosser beweglicher Tumor, circa 3 Querfinger über die Mittellinie reichend. Unteres Segment dieses Tumors vom linken Scheidengewölbe aus hoch oben fühlbar. Sonst keine Resistenz mehr nachweisbar.

Fall 47. Eintritt, 9. April. Austritt 4. Juni 1891.

K. P. 43 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig. Vor 4 Jahren eine Entbindung. Nach derselben soll Patientin 2 Jahre an Endometritis gelitten haben. In letzter Zeit hat sie sich viel körperlich angestrengt und will seit einer Woche unbestimmt localisirte Schmerzen im Unterleibe empfinden, verbunden mit Schwierigkeiten beim Wasserlösen und Stuhlverstopfung.

Status praesens am 9. April: Ernährungszustand gut. Abdomen etwas aufgetrieben, nirgends empfindlich. Corpus uteri in Retroflexio II—III°, unbeweglich, etwas empfindlich. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, nach hinten, hühnereigrosse, etwas empfindliche, von der rechten Uteruskante bis an die seitliche Beckenwand reichende, Resistenz.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum.

10. April. In der Nacht reichlicher Blutabgang per vaginam. Urin muss mit dem Katheter entfernt werden.

13. April. Leibschmerzen halten an. Oefteres Erbrechen. Portio direct hinter der Symphyse, drückt auf die Blase. Uterus in Retroflexion III°. Die Resistenz an der rechten Beckenwand wird kleiner.

25. April. Douglas ausgefüllt von einer Resistenz, welche nach links die Beckenwand erreicht. Corpus uteri nicht deutlich abzugrenzen.

20.—27. Mai. Menses.

27. Mai. Im Douglas unempfindliche, nicht scharf begrenzte Massen. Uterus in Anteflexion, fängt an beweglich zu werden.

4. Juni. *Austritt:* Status vom 27. Mai.

Fall 48. Eintritt, 16. April. Austritt, 30. Juli 1892.

D. R. 23 Jahre alt, ledig, Dienstmädchen.

Menses unregelmässig stark, mit Molimina vor Eintritt derselben. Letzte Periode Mitte März. Eine normale Geburt 1890. Anfangs April 1892 stellte sich nach einer starken Anstrengung eine Blutung ein, welche 6 Tage dauerte und reichlicher war als die gewöhnliche Periode. Gleichzeitig traten lebhafte Schmerzen im Kreuz auf, welche nach beiden Hypogastrien und in die Oberschenkel ausstrahlten und bis heute fortbestehen. Seit der Erkrankung Brennen beim Wasserlassen und Obstipation. Fluor albus.

Status praesens: Corpus uteri in Retroflexion empfindlich. Im Douglas bis zur vordern Rectalwand reichend, eine mässig harte Resistenz, welche fast bis in die Höhe des Os externum herunterreicht und links in's Ligamentum latum und bis zur Symphysis sacro-iliaca sich erstreckt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum, bei den Menses recidivirend.

17.—19. Mai. Menses. Resistenz kleiner geworden.

7.—19. Juni. Menses von mittlerer Stärke, mit lebhaften Leibschmerzen.

19. Juni. Ueber dem linken und hintern Scheidengewölbe mässig harte und empfindliche, durchs linke Parametrium fast bis zur seitlichen Beckenwand ziehende, Resistenz.

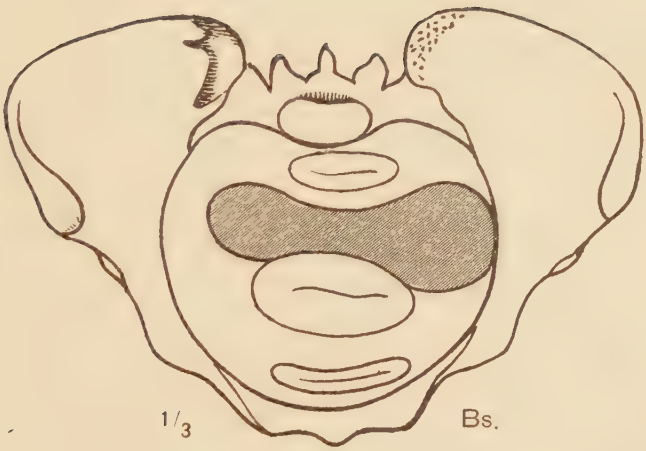
9. Juli. Eintritt der Menses.

12. Juli. Blutabgang reichlich mit starken Leib- und Kreuzschmerzen.

17. Juli. Menses vorbei. Ueber dem linken Scheidengewölbe ein beweglicher, wenig empfindlicher Tumor, das Ovarium sinistrum.

30. Juli. *Austritt:* Status idem wie oben am 17. Juli. Allgemeinbefinden gut.

Fall 48.



Rechts und links ein Hæmatom mit kleinerer Verbindungsbrücke in der Mitte.

Fall 49. Eintritt, 10. Mai. Austritt, 25. Juni 1892.

St. A. 29 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, mittelstark, mit Molimina. Letzte Periode am 8. Mai. Eine normale Entbindung im Juni 1891. Mitte März, nach Eintritt der Periode, welche von gewöhnlicher Stärke war, verspürte Patientin einen plötzlich auftretenden, heftigen Schmerz im Kreuz und im rechten Hypogastrium, welcher sie nöthigte sich zu Bette zu legen. Seitdem dauern ähnliche Schmerzen fast ununterbrochen fort. Die Blutung hat mit Ausnahme von nur wenigen Tagen nie vollständig aufgehört. Stuhlgang retardirt. Wasserlassen sehr erschwert mit lebhaftem Brennen. Fluor albus.

Status praesens: Abdomen nicht aufgetrieben, nirgends empfindlich. Corpus uteri in Retroflexion fixirt. Im Douglas ist eine grosse, mässig harte, höckerige Resistenz fühlbar, welche nach hinten fast bis zum Kreuzbein und seitlich durch das linke Parametrium bis gegen die Beckenwand sich erstreckt.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum, Retroflexio uteri.
Metritis chronica.

9.—19. Juni. Menses verlaufen ziemlich stark, mit Molimina.

19. Juni. Nirgends eine Resistenz fühlbar.

25. Juni. *Austritt:* Allgemeinbefinden gut. Keine Beschwerden.

Fall 50. Eintritt, 21. Mai. Austritt, 5. Juni 1892.

St. M. 22 Jahre alt, ledig, Schneiderin.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina. Vor 2 Jahren eine Zangenentbindung, Wochenbett normal. Bei Beginn der letzten Menses am 1. Mai machte Patientin eine Eisenbahnfahrt per Waggon III. Classe von 300 Kilometern. Am Abend des Reisetages bekam sie heftige Schmerzen im Unterleib und Kreuz. Die Menses wurden stärker als gewöhnlich. Am 3. Mai unternahm sie die Rückreise, während welcher der Blutabgang und die Schmerzen im Unterleib und Kreuz sich derart steigerten, dass sich Patientin bei ihrer Ankunft sofort zu Bette legen musste. Seit dem 13. Mai hat die Blutung bedeutend nachgelassen, die Schmerzen dagegen dauern ununterbrochen fort. Stuhlgang etwas retardirt. Exurese normal.

Status praesens: Leicht anæmische Patientin. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Ueber dem linken Poupart'schen

Bande leichte Druckempfindlichkeit. Uterus in Anteflexio I—II°, leicht empfindlich. Ueber dem linken Scheidengewölbe, zwischen Uterus und Beckenwand, eine empfindliche wallnussgrosse Resistenz. Uebriges Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

21. Mai. Schmerzen im linken Hypogastrium. Schmieriger Blutabgang.
23. Mai. Resistenz noch von derselben Grösse.
25. Mai. Blutabgang lässt nach.
5. Juni. Resistenz über dem linken Scheidengewölbe verschwunden.

Austritt.

Fall 51. Eintritt, 9. Juni. Austritt, 12. Juli 1892.

J. A. 33 Jahre alt, ledig, Zimmermädchen.

Hat 2 mal normal geboren, das letzte mal vor 10 Jahren. Menses seit letzten Winter unregelmässig, stark, mit Molimina. Am Neujahr eine profuse Blutung, bei welcher schwarzes, klumpiges, mit Fetzen untermischtes Blut abgegangen sein soll. Von da an Menses dreiwöchentlich. Vom 2. April bis 9. Juli Spitalaufenthalt wegen Gonorrhoe. Trotz Bettruhe leidet Patientin seit 4 Wochen an unregelmässigen, alle 2—3 Tage eintretenden Blutverlusten, und häufigen Schmerzen im linken Hypogastrium. Stuhlgang retardirt. Exurese normal.

Status praesens: Aussehen ordentlich. Abdomen nirgends empfindlich. Corpus uteri in Anteflexion beweglich, nicht empfindlich. Im linken Parametrium fühlt man eine von hinten nach vorn und nach der seitlichen Beckenwand ziehende, orangegrosse, teigige, empfindliche Resistenz.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.

23. Juni. Linkseitiges Hæmatom verschwunden. Durch das linke Vaginalgewölbe fühlt man das vergrösserte, fixirte, linksseitige Ovarium.
29. Juni—4. Juli. Mittelstarke Periode.
12. Juli. *Austritt:* Corpus uteri in Retroflexion I°, klein, hart, nicht empfindlich. Durch das linke Scheidengewölbe kleine, mässig harte, höckerige, wenig empfindliche Resistenz (linkes Ovarium) zu fühlen. Allgemeinbefinden gut.

Fall 52. Eintritt, 27. Juni. Austritt, 13. Aug. 1892.

S. K. 34 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, stark, mit Molimina vor Eintritt derselben. Patientin hat 7 mal geboren worunter 1 Abort. Geburten und Wochenbette normal. Letzte Periode vor 14 Tagen profus, dauert bis heute. Appetit gering. Stuhlgang retardirt. Exurese normal. Fluor albus. Vorfallsbeschwerden.

Status praesens: Blasse, anæmische Patientin. Vordere und hintere Vaginalwand leicht prolabirt. Corpus uteri in Retroflexio I—II°, etwas vergrössert, empfindlich. Im linken Parametrium, gegen die Beckenwand sich erstreckend und nahe an den Uterus herantretend ein circa mandaringrosser, mässig harter, empfindlicher, gut abgegrenzter Tumor. Etwas Blut ab.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum.
Oophoritis und Perioophoritis sinistra.

4. Juli. Tumor im linken Parametrium kleiner geworden.
19. Juli. Ueber dem linken Scheidengewölbe die allmälig kleiner werdende, weiche, mässig empfindliche Resistenz.
25. Juli—6. August. Menses sehr profus.
6. Aug. Ueber dem linken Scheidengewölbe ein circa taubeneigrosser, mässig harter, unempfindlicher Tumor, welcher als das vergrösserte, linke Ovarium anzusehen ist. In der Umgebung keine Resistenz mehr fühlbar.
13. Aug. *Austritt:* Status idem wie am 6. Aug.

Fall 53. Eintritt, 8. Oct. Austritt, 7. Nov. 1892.

B. M. 35 Jahre alt, Hausfrau.

Menses regelmässig, sehr schwach, ohne Molimina. Seit mehreren Jahren in der zweiten sterilen Ehe. Die letzte Periode dauerte nur 1 Tag und war sehr stark. Patientin will sich beim Wohnungswechsel aussergewöhnlich angestrengt haben und leidet nun seit drei Tagen an vorübergehenden, heftigen Schmerzen im Unterleib und Kreuz, welche namentlich in der Nacht an Intensität zunehmen sollen. Appetit mässig. Stuhlgang seit 8 Tagen diarrhoisch. Wasserlassen erschwert. Uebelkeit und Kopfschmerzen.

Status praesens: Corpus uteri in leichter Anteflexio II°, von normaler Grösse. Das linke Scheidengewölbe ist heruntergedrängt durch einen längsovalen, ziemlich harten, höckerigen,

leicht empfindlichen Tumor, welcher vom Uterus durch eine Furche getrennt ist und bis zur linken seitlichen Beckenwand reicht und dort festsitzt. Rechtes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum Oophoritis sinistra.

18. Oct. Klagt heftige Schmerzen auf der linken Seite des Unterleibes. Die innere Untersuchung ergibt eine Vergrösserung der Resistenz.
19. Oct. Leichter Blutabgang.
21. Oct. Tumor ist härter und grösser geworden.
30. Oct.—4. Nov. Menses verlaufen ohne Molimina.
7. Nov. *Austritt:* Uterus beweglich nach vorn. Dicht neben demselben, durch eine Furche von ihm getrennt, der früher beschriebene Tumor von derselben Grösse.

Fall 54. Eintritt, 1. Aug. Austritt, 6. Sept. 1892.

Sch. B. 29 Jahre alt, Wirthsfrau.

Menses regelmässig, mittelstark, ohne Molimina. 3 normale Entbindungen, die letzte am 15. März 1892. Seit der letzten Geburt ist die Periode 2 mal eingetreten, zuerst Ende Mai wie früher, das 2te mal am 20. Juni und dauerte bis vor 3 Tagen. Der Blutabgang war meist dünnflüssig, ab und zu mit Klumpen gemischt. Seit mehreren Wochen Kreuzschmerzen. Stuhlgang meist schmerzhaft. Exurese normal.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Abdomen weich, nicht aufgetrieben. Corpus uteri in Anteflexio I^{0}, nicht vergrössert, etwas empfindlich. Im Douglas, sich nach rechts und nach hinten fast bis in die Kreuzbeinaushöhlung erstreckend, eine mässig harte Resistenz mit knolliger Oberfläche.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina cum Hæmatoma periuterinum dextrum.

5. Aug. Blutung hat aufgehört.
11. Aug. Im Douglas und nach rechts bis an die Beckenwand sich erstreckend eine circa gänseeigrosse, mässig harte, empfindliche Resistenz.
18.—23. Aug. Periode mittelstark, ohne Molimina.
23. Aug. Resistenz rechts und neben dem Uterus, vom letzteren durch eine Furche getrennt, ist wenig empfindlich und reicht fast bis an die Beckenwand.

30. Aug. Resistenz wird weicher und kleiner.

6. Sept. *Austritt:* Uterus in Anteflexion beweglich, nicht empfindlich. Rechtes Ovarium über dem rechten Scheidengewölbe fühlbar, vergrössert, empfindlich, fixirt. Douglas frei. Befinden gut.

Fall 55. Eintritt, 27. Juni. Austritt, 12. Sept. 1891.

D. M. 43 Jahre alt, ledig, Fabrikarbeiterin, Nullipara.

Menses unregelmässig, stark, ohne Molimina. Im Jahre 1886 Unterleibsentzündung. Patientin lag damals 7 Wochen. Die hauptsächlichsten Symptome waren: Leibschmerzen, blutiger Ausfluss und Fieber. Unmittelbar nach Ablauf der letzten Menses, Ende Juni, strengte sich Patientin beim Wohnungswechsel sehr an, worauf ein erneuter, ziemlich starker, 3-tägiger Blutabfluss sich einstellte und andauernde schneidende Schmerzen im Unterleibe und Kreuz auftraten. Der Leib wurde aufgetrieben, gespannt. Es stellte sich Erbrechen ein. Appetit gering. Stuhlgang diarrhoisch. Urese normal.

Status praesens: Ernährungszustand gut. Abdomen etwas aufgetrieben, tympanitisch. Ueber der Syhmphyse etwas Druckempfindlichkeit. Corpus uteri klein, hart, in Anteflexio I°, leicht sinistrovertirt. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, dicht neben dem Uterus, das Scheidengewölbe, etwas herunterdrängend, eine ziemlich weiche, leicht empfindliche, circa hühnereigrosse Geschwulst, welche bis zur rechten Beckenwand reicht und im Douglas die Mittellinie überschreitet. Am untersten Pol zeigt dieselbe einige härtere Stellen. Linkes Parametrium frei.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum dextrum, Vereiterung und spontaner Durchbruch in's Rectum.

Temperatur und Puls.

	Morgens.	Abends.	Puls.	
27. Juli		38,5.	106.	
28. »	37,6.	38,4.	104.	1 mal kathetrisirt.
29. »	37,5.	38,4.	104.	Leibschmerzen.
30. »	38,0.	38,6.	104.	
31. »	37,6.	38.3.	100.	Etwas Blut ab.
1. Aug.	37,3.	38,7.	100.	Blutiger übelriechender Abgang.

	Morgens.	Abends.	Puls.
2. Aug.	37,8.	39,1.	100.
3. »	37,8.		100.
4. »	36,9.	37,8.	100.

3. Aug. Klagt Stuhldrang. Winde nur mühsam ab. Abends mit dem Stuhle circa $^1/_2$ Liter stinkenden Eiters ab.

4. Aug. 2 mal Stuhl ab mit Eiter gemischt. Allgemeinbefinden wesentlich besser, klagt noch Schmerzen im linken Mesogastrium. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, harte, höckerige, nicht empfindliche Resistenz zu fühlen, welche die Mitte des Douglas überschreitet, und gegen das Rectum hinzieht, Resistenz im Douglas kleiner wie beim Eintritt. Per Rectum fühlt man einen über hühnereigrossen Tumor, in dessen obern Rand aus dem Rectum eine trichterförmige Oeffnung mündet.

5. Aug. Stuhlgang ohne Eiterbeimischung.

9.—12. Aug. Leichtes Fieber und Leibschmerzen.

12. Aug. Ueber dem rechten Scheidengewölbe vom Uterus nach rechts oben verlaufend, strangförmige Resistenz. Linkes Scheidengewölbe tiefer wie das rechte, durch eine sehr empfindliche Resistenz heruntergedrängt.

18. Aug. Hoch über dem rechten Scheidengewölbe geringe Resistenz fühlbar. Linkes Parametrium frei.

25.—29. Aug. Menses verlaufen mit Molimina.

1. Sept. Sitzt auf.

12. Sept. *Austritt:* Hoch über dem rechten Scheidengewölbe noch kleine kaum empfindliche Resistenz fühlbar.

Fall 56. Eintritt, 18. Dez. 1891. Austritt, 30. Jan. 1892. *D. E.* 29 Jahre alt, Hausfrau, Nullipara.

Menses schwach, mit Molimina. Letzte Periode vor 14 Tagen. Patientin gibt an vor 4 Wochen plötzlich unter Fieber, Kopfweh und heftigen Schmerzen in der Analgegend erkrankt zu sein. Seitdem Fieber und häufiger Drang nach abwärts. Appetit und Schlaf gering. Stuhlgang retardirt, sehr schmerzhaft. Urese normal. Fluor albus. Patientin wurde vom Arzte sondirt, wodurch wahrscheinlich die Krankheit erzeugt wurde.

Status praesens: Anæmische Patientin. Abdomen etwas aufgetrieben, gespannt. Blasengegend empfindlich. Hintere Vaginal-

wand durch eine theilweise weiche, sehr empfindliche Resistenz stark vorgetrieben. Uterus in Anteflexio I—II°, von normaler Grösse. Vordere Rectalwand nach innen stark vorgewölbt durch eine den Douglas ausfüllende Resistenz, in welcher theils höckerige, theils weiche Massen von bedeutender Empfindlichkeit fühlbar sind.

Diagnose: Vereitertes Hæmatoma periuterinum.

Vom 19. Dez. bis 10. Jan. Temperatursteigerungen.

20. Dez. Incision der fluctuirend vorgetriebenen hintern Vaginalwand. Massenhafte Entleerung eines grünlichgelben stinkenden Eiters. Bedeutende Erleichterung.

31. Dez. Im Douglas noch harte, nach der rechten Beckenwand ziehende Massen fühlbar.

20. Jan. Aus der vaginalen Incisionsöffnung geht fortwährend etwas Eiter ab.

30. Jan. *Austritt:* Ueber dem rechten Scheidengewölbe und im Douglas, denselben nach links etwas überschreitend, unregelmässige, harte, Resistenz. Linkes Parametrium frei. Patientin wird auf Wunsch entlassen.

Fall 57. Eintritt, 24. Juni. Austritt, 21. Oct. 1890.

B. A. 24 Jahre alt, Schlossersfrau.

Hat im Jahre 1887 3 mal abortirt, jeweilen in der achten Woche. Nach dem 2ten Abort Erkrankung im Wochenbette. Menses regelmässig, schwach mit vorangehenden Molimina. Seit 8 Wochen sind die Menses ausgeblieben. Patientin glaubte schwanger zu sein. Vergangenen Samstag, am 21. Juni, wurde sie plötzlich bei ruhigem Sitzen von heftigen Schmerzen in beiden Inguinalgegenden und im Kreuz befallen. Am folgenden Tage lebhaftes Schwitzen und Kältegefühl, sowie Unmöglichkeit, das Wasser zu lösen. Auffallende Blässe. Am 23. Juni Auftreibung des Abdomens und geringer Blutabgang per vaginam.

Status praesens: Hochgradig anæmische Patientin. Schleimhäute sehr blass. Abdomen mässig aufgetrieben, etwas gespannt, tympanitisch in der Mittellinie, oberhalb der Symphyse Dämpfung (gefüllte Blase), über beiden Ligg. Poupartii äusserste Druckempfindlichkeit. Vulva sehr blass. Linke kleine Labie etwas ödematös. Portio tief, stark nach rechts verschoben, 2 cm. lang, breit und weich. Os ext. rund, geschlossen. Corpus uteri

undeutlich vorn. Beide Scheidengewölbe äusserst empfindlich, über dem linken eine undeutliche Resistenz.

Diagnose: Geplatzte Extra-uterinschwangerschaft.
Hæmatoma periuterinum sinistrum.

27. Juni. Abdomen sehr empfindlich.
30. Juni. Krämpfe im Unterleib. Winde gehen unter Schmerzen.
6. Juli. Anfallsweise auftretende, 2—3 Minuten dauernde, über dem rechten Ligamentum Poupartii sitzende Schmerzen, welche bis in's rechte Knie ausstrahlen.
10. Juli. Corpus uteri in Anteflexion, links neben demselben eine breite, bis in den Douglas sich erstreckende Resistenz.
21. Juli. Heftige Leibschmerzen. Erbrechen.
16. Aug. Noch häufig Leibschmerzen und Erbrechen. An mehreren Stellen des Abdomens auf Druck Knistern.
21. Aug. Die Spannung und Empfindlichkeit des Leibes nimmt ab, die Resistenz wird kleiner.
25. Aug. Resistenz über dem rechten Scheidengewölbe weicher, gibt undeutliches Fluctuationsgefühl.
22. Sept. Corpus uteri dick in Anteflexio II°; neben demselben und über dem linken Scheidengewölbe eine harte, unempfindliche Resistenz, welche das Scheidengewölbe nicht herunterdrängt.
21. Oct. *Austritt:* Ueber dem linken und hintern Scheidengewölbe gegen die Beckenwand zu noch eine empfindliche Resistenz.

Fall 58. Eintritt, 15. Oct. Austritt, 23. Nov. 1891.

N. J. 28 Jahre alt, ledig, Köchin.

Menses regelmässig, stark, ohne Molimina. Hat 1 mal geboren, im Wochenbett angeblich Fieber während 8 Wochen. Seit 1/4 Jahre sind die Menses unregelmässig, traten im Juli 1891 zum ersten Male 10 Tage zu früh ein und dauerten 12 Tage. Im August soll fast ununterbrochen Blut abgegangen sein. Vorletzte Periode am 20. Sept. 7 Tage dauernd, sehr stark. Am 3. Oct. trat aufs Neue eine starke Blutung ein. Patientin war jetzt vollständig arbeitsunfähig und wurde vom Arzte auf die medicinische Abtheilung geschickt. Seitdem dauert die Blutung ununterbrochen weiter mit heftigen Schmerzen im Unterleibe, nach dem Kreuz und den Oberschenkeln ausstrahlend.

Status praesens: Ziemlich anæmische Patientin. Leib weich, nirgends empfindlich. Corpus uteri nicht deutlich abzugrenzen. Ueber dem rechten Scheidengewölbe, die Beckenwand beinahe erreichend, eine harte, etwas empfindliche Resistenz, welche sich nach dem Douglas weiter fortsetzt und die Mittellinie etwas überschreitet. Linkes Parametrium weich, nicht empfindlich.

Diagnose: Hæmatocele retro-uterina und Hæmatoma perioophoricum dextrum.

19. Oct. Kein Blut mehr ab.

27. Oct. Corpus uteri vorn, links. Ueber dem rechten Scheidengewölbe deutliche Resistenz fühlbar. Douglas weich.

4. Nov. Ueber dem hintern Scheidengewölbe, rechts in der Höhe des Os internum, bewegliches, vergrössertes, nicht empfindliches Ovarium. Im Douglas eine kleine diffuse Resistenz.

19. Nov. Rechtes Ovarium dem Douglas dicht anliegend und wallnussgross, kaum beweglich; von ihm geht ein länglicher Strang im Douglas bis zur Mittellinie.

23. Nov. *Austritt:* Corpus uteri vorn links, über mittelgross, hart. Rechtes Ovarium, dem Douglas aufliegend, unregelmässig vergrössert, hart, wenig beweglich, nicht empfindlich.

Fall 59. Eintritt, 11. Febr. Austritt, 28. März 1892.
H. K. 24 Jahre alt, ledig, Kellnerin.

Menses stark, regelmässig, mit Molimina. Im October 1891 eine Entbindung mit normalem Wochenbett. Letzte Periode vor 3 Wochen, während derselben stürzte Patientin beim Schlittschuhlaufen und empfand dabei einen heftigen Schmerz in der linken Unterbauchgegend, welcher aber in den nächsten 14 Tagen allmälig wieder nachliess. Seit 8 Tagen sind die Schmerzen wieder bedeutend intensiver, wehenartig, oft alle 10 Minuten eintretend, beginnen im linken Hypogastrium und breiten sich nach dem ganzen Unterleib und nach dem Kreuz aus, unter häufigem Frösteln und Brechreiz. Appetit ordentlich. Stuhlgang retardirt, schmerzhaft. Urese normal, Schlaf gering.

Status praesens am 11. Febr.: Allgemeines Aussehen leicht anæmisch. Abdomen leicht aufgetrieben, im linken Hypogastrium druckempfindlich. Portio vaginalis tief in der Führungslinie, klein, hart. Im Douglas mit der Vaginalportion zusammen-

hängend, eine sehr schmerzhafte, nach beiden Seiten nicht deutlich abgrenzbare, wahrscheinlich dem retroflectirten vergrösserten Corpus uteri entsprechende, Resistenz fühlbar. Ueber dem hintern und linken Scheidengewölbe hochliegende äusserst empfindliche Resistenz, von weicherer Consistenz als die im Douglas sich befindliche, welche nach links seitlich die Beckenwand erreicht und in welcher ein rundlicher Tumor, wahrscheinlich das linke Ovarium, fühlbar ist.

Diagnose: Hæmatoma periuterinum sinistrum. Oophoritis sinistra. Retroflexio uteri.

11. Febr. Leibschmerzen. Blut ab per vaginam.

13.—18. Febr. Schmieriger Blutabgang.

25. Febr. Hinter der Portio, das linke Scheidengewölbe herunterdrängend, ein mässig harter, sehr empfindlicher Tumor. Ein 2ter bis an obigen heranreichender Tumor von circa Hühnereigrösse, sehr empfindlich, befindet sich über dem linken Scheidengewölbe; er entspricht dem linken Ovarium.

11. März. Uterus in Retroflexio I^{o}, sehr empfindlich, über dem linken Scheidengewölbe liegend, kleiner wie früher.

28. März. *Austritt:* Corpus uteri noch empfindlich in Retroflexio I^{o}. Linkes Ovarium dicht neben dem Uterus durch eine Furche von demselben getrennt, etwas vergrössert, sehr empfindlich.

Vorstehende Casuistik ergibt auf 1225 Krankheitsfälle, welche auf der gynækologischen Abtheilung stationär behandelt wurden, 59 Erkrankungen an Beckenblutungen, was einen Procentsatz von 4,$_{9}$ ergibt.

Davon sind Hæmatocelen	22.
Hæmatome	32.
Hæmatocele und Hæmatome zugleich	5.

Das Verhältniss der Hæmatocelen zu den Hæmatomen gestaltet sich also ungefähr wie 2 : 3. .

Verglichen mit sämmtlichen gynæk. Fällen betragen die Hæmatocelen circa 1,$_{96}$ %, die Hæmatome 2,$_{94}$ %.

Diese Zahlen kann ich mit den an andern Instituten gefundenen nur in Bezug auf die Hæmatocele vergleichen.

Die Häufigkeit des Hæmatoms lässt sich aus den bis jetzt in der Litteratur vorliegenden Angaben auch nicht annähernd ermitteln. Kuhn hat dieselbe in seiner Arbeit auf etwas über 1,5 % berechnet.

Hæmatocelen hatte Prof. Frankenhäuser an der Zürcher Frauenklinik in den Jahren 1874—76 3%, während in Bern von 1874—88 nur 0,541 % gefunden wurden.

Olshausen konstatierte unter seinen Kranken 4 %, Seyfert 5 %. Hugenberger will in Petersburg unter 3800 Kranken nur 2 Hæmatocelen beobachtet haben. Löhlein glaubt, dass auf 1000 sexual-kranke Frauen 4 Hæmatocelen kommen. Vier auf 5000 gibt Bandl [1]) aus seiner poliklin. Thätigkeit an, fügt aber hinzu, es sei in einer grössern Zahl von Fällen sehr wahrscheinlich gewesen, dass hinter dem Uterus gelegene Geschwülste ihre Ursache in einem früher stattgehabten Blutergusse hatten.

Andererseits sagt Martin [2]) in Bezug auf die Häufigkeit extraperitonealer Beckenblutergüsse:

«Gewiss werden vielfach kleinere Blutergüsse dieser Art ganz übersehen, oder besser gesagt, nicht zur ärztlichen Cognition gebracht. Selbst grössere aber werden wahrscheinlich der Schwierigkeit einer genauen Untersuchung wegen, nicht erkannt, und wo sie vermuthet werden, wird die exakte Diagnose in suspenso gelassen, weil unsere Lehrbücher wegen Mangels sicherer Beobachtungen diesem Kapitel bislang eine nur sehr untergeordnete Stelle angewiesen haben.»

Die Angaben über die Häufigkeit intra-peritonealer Beckenblutungen sind also sehr differirend und auch meistens sehr alten Datums.

Da erst in neuerer Zeit diesem Leiden die gebührende Aufmerksamkeit gewidmet worden ist, wird es einer spätern Periode, welche über eine bessere Statistik dieser Krankheit verfügen wird, möglich sein, in dieser Hinsicht das entscheidende Wort zu sprechen.

Von verschiedenen Gynækologen wird darauf hingewiesen, dass sie in ihrer Privatpraxis auffallend wenig Erkrankungen an Hæmatocele beobachtet haben. So hatte Frankenhäuser unter

---

[1]) Bandl. Handbuch der Frauenkrankheiten v. Billroth u. Luecke, II. Band 1886.

[2]) A. Martin. Zeitschrift für Geburtshülfe u. Gynækologie. Band VIII.

seinen Privatpatienten nur 0,56 % Hæmatocelen, welchen in seiner gleichzeitigen Spitalthätigkeit 3 % gegenüberstanden. Mit Recht wird daraus der Schluss gezogen, dass die Hæmatocele eine vorzugsweise in den ärmern Volksschichten vorkommende Krankheit sei.

Betrachten wir unsere Aufzeichnungen, die sich nur auf Spitalpatienten beziehen, so finden wir in Bezug auf Beschäftigung, dass erkrankt sind:

	an Hæmatocele	an Hæmatoma
Hausfrauen	12	11
Fabrikarbeiterinnen	7	13
Wirthinnen	1	3
Mägde	1	3
Köchinnen	1	1
Nätherinnen	1	1
Krankenwärterinnen	1	—
Wäscherinnen	—	1
Glätterinnen	—	1
Kellnerinnen	—	1

Die Angabe, dass die Hæmatocele hauptsächlich die schwer arbeitende Klasse des weiblichen Geschlechtes befalle, hat also nicht nur ihre volle Gültigkeit in Bezug auf Hæmatocelen, sondern auch hinsichtlich der extra-peritonealen Beckenblutgeschwülste.

In Beziehung auf das Alter, in welchem das weibliche Geschlecht von der Hæmatocele retro-uterina am meisten befallen wird, gibt schon Voisin an, dass die in Rede stehende Affektion vornehmlich in die Zeit vom 25.—36. Lebensjahre falle. Unter den von ihm beobachteten 34 Kranken war nur 1 Patientin unter 21 und nur 1 über 40 Jahren.

Spengler, [1]) welcher die bezüglichen Aufzeichnungen der Litteratur zusammengestellt hat, gibt ferner an, dass

Schröder unter 43 Beobachtungen fand:

3	Kranke	zwischen	22—25	Jahren
14	»	»	25—30	»
13	»	»	30—35	»
9	»	»	35—40	»

[1]) Spengler. Zur Behandlung der Hæmatocele retro-uterina. Dissertation. Bern 1889.

3 Kranke zwischen 40—43 Jahren
1 » mit 53 »

Dock unter 18 Fällen aus der Privatpraxis von Professor Frankenhäuser:

1 Fall von 19 Jahren
4 Fälle zwischen 20—30 Jahren
12 » » 30—40 »
2 » mit 42 »

Spengler selbst unter 17 Fällen aus der Berner Klinik:

1 Kranke mit 18 Jahren
5 » zwischen 20—30 Jahren
8 » » 30—40 »
3 » » 40—44 »

Unter 50 Fällen von Hæmatocele retro-uterina, welche von B. Weiss [1]) aus der Königsberger gynækologischen Klinik zusammengestellt wurden, waren:

4 Kranke unter 20 Jahren
14 » im Alter von 20—25 Jahren
13 » » » » 26—30 »
13 » » » » 31—35 »
6 » » » » über 35 »

Keine Patientin war über 42 Jahre alt.

In unsern 22 Fällen von Hæmatocele waren:

1 Kranke mit 18 Jahren
11 » zwischen 20—30 Jahren
6 » » 31—35 »
3 » » 36—40 »
1 » mit 45 »

In unsern 32 Fällen von Hæmatoma waren:

2 Kranke mit 19 Jahren
16 Kranke zwischen 20—30 Jahren
7 » » 31—35 »
2 » » 36—40 »
4 » » 41—45 »
1 » mit 52 »

Unter 15 von *Kuhn* gesammelten und beobachteten Fällen von Hæmatoma waren:

[1]) Bernhard Weiss. 50 Fälle von Hæmatocele retro-uterina. Dissertation. Königsberg 1889.

2	Kranke	zwischen	20—30	Jahren
4	»	»	30—35	»
3	»	»	35—40	»
4	»	»	40—45	»
2	»	»	45—55	»

An Hand obiger Tabellen komme ich zu andern Resultaten als Kuhn, welcher, gestützt auf eine Tabelle von West, sagt:

«Die Hæmatocelenbildung ist am häufigsten zwischen dem 20. und 30. Jahre, vom 30. Jahre ab wird dieselbe seltener beobachtet, aber erst von dieser Zeit an werden gerade die Hæmatome häufiger.»

Von unsern Fällen, Hæmatocelen sowohl als Hæmatomen, fallen die meisten in die Zeit vom 20.—30. Lebensjahre, während die Tabellen Schröder's, Spengler's und Dock's (No. 1) gerade mehr Erkrankungen an Hæmatocele zwischen dem 30. und 40. Jahre aufweisen. Einzig die Tabelle Voisins gibt von 30 Beobachtungen 20 Erkrankungen zwischen 25—35 Jahren. Wie viele Fälle hiebei aber auf die 5 Jahre nach dem zurückgelegten 30. Lebensjahre zu stehen kommen, ist aus der Zusammenstellung nicht zu ersehen.

Zu einem noch auffallenderen Resultat kommt Olshausen,[1]) welcher unter seinen 18 Fällen nur

8	Patienten	im Alter	von	21—31	Jahren hat
1	Patientin	»	»	37	» und
9	Patienten	»	»	40—47	»

findet. «Hiernach scheine es, dass die klimacterische Periode keinen unerheblichen Einfluss auf die Hæmatocele ausübe.» Olshausen konstatiert also hier für die Hæmatocele gerade das, was Kuhn für die Hæmatome in Anspruch nimmt. Aus alledem geht hervor, dass es wohl verfrüht war, aus dem kleinen statistischen Material, in welchem ausserdem die Aufzeichnungen das Alter betreffend ungleich abgefasst sind, auf die Erkrankungsperiode des Hæmatom's und der Hæmatocele einen endgültigen Schluss zu ziehen.

Es ist aber a priori anzunehmen, dass die Erkrankungszeit für Hæmatome ziemlich parallel geht mit derjenigen für Hæmatocelen; denn es wäre gar nicht einzusehen, warum die

[1]) Archiv f. Gynækologie III.

eine Krankheit früher eher eintreten sollte als die andere, hängen doch beide mit denselben ursächlichen Momenten zusammen wie Menstruation, Ovarialerkrankungen, Extra-uteringravidität u. s. w.

Die Blüthezeit des weiblichen Geschlechtslebens fällt eben auch mit denjenigen Jahren zusammen, in welchen an die Frauen der untern Volksklassen infolge ihrer socialen Stellung die grössten Anforderungen an die Leistungsfähigkeit gestellt werden, wo sie sich vor äussern Schädlichkeiten nicht schützen und namentlich zur Zeit der Menses der so nothwendigen Schonung sich nicht erfreuen.

Alle unsere Patientinnen waren zur Zeit ihrer Erkrankung schon oder noch menstruirt. Es ist dies von Wichtigkeit für die vorliegenden Erkrankungen. Wir werden darauf später zurückkommen.

Von den 22 an Haematocele erkrankten waren
verheirathet 16, wovon Nullipara 1
ledig 6, » (e) 2
Von den 32 an Hæmatom erkrankten waren
verheirathet 17, davon Nulliparæ 5
ledig 15, » 7

Dazu kommen 5 Fälle, bei welchen eine Combination von Hæmatocele mit Hæmatom konstatirt wurde. Von diesen Patientinnen waren verheirathet 3, darunter 1 Nullipara
ledig 2, — —

Die Hæmatocele findet sich demnach verhältnissmässig selten bei Nulliparen, während Hæmatombildung häufig bei sterilen Frauen und Nulliparæs vorkommt.

Zu ersterem Resultat gelangt auch Spengler,[1]) während Kuhn nach seinen Erfahrungen die Hæmatocele am meisten bei sterilen Frauen findet und sie mit vorausgegangenen oder bestehenden Ovarialerkrankungen in Zusammenhang bringt, bei Hæmatom aber seltener Sterilität konstatirt.

Miterkrankungen der Ovarien

(Schwellung und Druckempfindlichkeit, Tumor, Oophoritis und Perioophoritis) fanden wir:

[1]) Spengler l. c.

Unter 22 Hæmatocelen 11 mal, worunter 2 mal bei Nulliparæ
» 32 Hæmatomen 15 » , » 7 » » »

Die Häufigkeit der Ovarialerkrankung ist also geradezu eine auffallende; sie vertheilt sich in gleichem Verhältniss auf beide Erkrankungsformen. Schon die Sektionsbefunde in Schröder's[1] krit. Untersuchungen ergeben häufig dieses Mitergriffensein der Ovarien. Ebenso weist Ferber[2]) darauf hin.

Olshausen[3]) sagt: «Die Leichenbefunde beweisen, dass die Ovarien oft das sämmtliche Blut der Hæmatocele liefern, indem man eine Kommunikation des Hæmatocelensackes mit einer bluthaltenden Ovariencyste fand, was jedenfalls für eine stattgehabte übermässige Congestion zu den Ovarien spricht.»

Vor Allen aber weist Dock[4]) auf die erkrankten Ovarien als Quelle der Blutung hin. Von seinen 9 Patienten aus der Zürcher Klinik waren 5 mit chronischer Ovarialschwellung behaftet. Auch Prof. Frankenhäuser machte in seiner Privatpraxis häufig die Beobachtung, dass Frauen, welche er früher an Oophoritis und Schwellung der Ovarien behandelte, später mit Beckenblutergüssen seine Hülfe nachsuchten. Es seien meistens sterile Frauen, oder solche, welche an heftigen ovariellen Dysmenorrhœen gelitten, gewesen. In 18 Fällen von Hæmatocele konstatirte er 12 mal bei Frauen Ovarialschwellung, 3 mal sei keine bestimmte Ursache nachweisbar gewesen, in weiteren 3 Fällen habe es sich wahrscheinlich um eine abortive Bauchschwangerschaft gehandelt.

In folgenden Fällen fanden wir in unsern Krankenjournalen Ovarien leicht vergrössert und empfindlich: No. 2. 3. 8. 9. 13. 14. 18. 25. 29. 31. 32. 34. 41. 46. 48. 51. 52. 53. 54. 58. In 9 von diesen Fällen bestanden gleichzeitig mehr oder weniger starke Dysmenorrhœen, oft auch profuse Menses. In Fall No. 5 und No. 43 waren die Ovarien bis hühnereigross, in Fall No. 46 bestand neben Schwellung des rechten Ovariums ein über gänseeigrosser beweglicher Tumor des linken Ovariums. In Fall No. 7 war das linke Ovarium pflaumengross, sehr empfindlich, in ein Extravasat eingeschlossen. In Fall No. 10 das rechte Ovarium in einer diffusen Resistenz fühlbar, daneben das linke Ovarium

[1]) Schröder l. c.
[2]) Schmidt's Jahrb. 1867. IV.
[3]) Prager Vierteljhr. 107, p. 64.
[4]) Dock. Ueber Hæmatocele retro-uterina in Zusammenhang mit Ovarialerkrankung. Diss. Zürich 1876.

vergrössert und empfindlich; die Menses unregelmässig mit Dysmenorrhœen verbunden. In Fall No. 17 war das rechte Ovarium sehr empfindlich, in einen circa apfelgrossen prallelastischen Tumor eingebettet. In Fall No. 59 fühlte man das linke Ovarium vergrössert und empfindlich, in eine über dem linken Scheidengewölbe sich befindliche, ziemlich weiche, schmerzhafte, hochliegende Resistenz eingelagert.

Die Fälle No. 7. 10. 17. 59. reihen sich gewissermassen an den oben citirten Fall von Olshausen an. Der Umstand, dass das Ovarium in den 4 ersterwähnten Fällen mitten in dem Bluterguss eingebettet lag, legt die Vermuthung nahe, dass der Bluterguss von demselben seinen Ursprung genommen. In allen diesen Fällen konnte bei dem ursprünglich noch weichen Tumor die Form des Ovariums durchgefühlt werden. Sie charakterisirte sich durch ihre Lage, vermehrte Resistenz und auffallende Empfindlichkeit. Später, mit dem Consistenterwerden des Tumor's, verschwanden dann jeweilen die Umrisse des Ovariums, um dann nach Resorption des Blutergusses wieder deutlich hervorzutreten.

Durch die Section beglaubigte Fälle, in welchen geplatzte Hæmatome der Ovarien die Ursache einer Hæmatocele waren, theilen Scanzoni [1]) und Puech mit.

Würde eine solche bluthaltige Cyste bei einem intraligamentär entwickelten Ovarium platzen, so käme es zur Bildung eines Hæmatoma periuterinum.

Das Mitergriffensein von Ovarien bei Beckenblutergüssen ist somit ein sehr häufiges. Wir fanden Ovarienerkrankung in beinahe der Hälfte aller beobachteten Fälle und glauben daher mit Dock, dass erkrankte Ovarien bei der Entstehung genannten Leidens eine hervorragende ætiologische Rolle spielen.

Noch auffallender als die Betheiligung der Ovarien bei vorliegender Erkrankung ist ihr Zusammenhang mit der Menstruation. Schon Nélaton hat darauf hingewiesen, ihm schlossen sich beinahe sämmtliche Autoren an. In unsern 59 Fällen trat die Erkrankung ein:

28 mal im Anschluss an die Menses,
10 » während der Menses,
14 » in der Zwischenzeit,
7 » waren die Menses ausgeblieben.

[1]) Scanzoni. Krankheiten d. weibl. Sexualorgane.

Unregelmässigkeiten in der Menstruation überhaupt zeigten sich bei 15 Frauen. Dieses häufige Eintreffen der Entstehung der in Rede stehenden Krankheit zur Menstruationszeit kann kein zufälliges sein. Es müssen in dieser Zeit Momente mitspielen, welche die Gefässzerreissung und das Eintreten einer Blutung begünstigen.

Als Hauptursache wird angegeben die vermehrte Fluxion zu den Beckenblutgefässen, als Gelegenheitsursachen, ungewöhnliche Arbeitsleistungen, namentlich schweres Heben, Erkältungen und Durchnässungen, Tanzen, Ausübung des Coitus zur Zeit der Menses u. s. w. (vide beiliegende Tabellen). Durch die vermehrte Congestion nach den Unterleibsorganen sind die Gefässe des Genitalapparates stärker gefüllt; treten dann noch Momente hinzu, welche den Druck in denselben noch mehr steigern, wie eine vermehrte Inanspruchnahme der Bauchpresse bei schwerem Heben, erschwerter Defæcation oder Cohabitation bei übermässigem Geschlechtstriebe oder Erkältung der untern Extremitäten, wodurch deren Gefässe sich contrahiren, die Blutgefässe der Unterleibsorgane aber stärker gefüllt werden, so kann es, namentlich wenn dann noch Erkrankungen der Ovarien oder des Beckenbauchfells vorliegen, leicht zur Entstehung solcher Beckenblutgewülste kommen.

Wie Martin schon erwähnt, ist dann die Menstruation häufiger schon im Abzug als noch im Gange. In unsern Fällen 28 mal gegenüber 10 mal.

Manchmal hört sie auch mit der Erkrankung, nachdem sie nur kurze Zeit gedauert, plötzlich auf (Fall No. 7). Oefters treten bei der nächsten Menstruation Nachschübe der Blutung ein. Fall 6. 17. 26. 27. 28.

Wir haben schon früher erwähnt, dass alle unsere an Hæmatocele oder Hæmatom erkrankten Frauen sich schon oder noch im geschlechtsfähigen Alter befanden. Dieser Umstand, noch mehr das so häufige Auftreten der Krankheit zur Zeit der Menses, dann das Eintreten von Recidiven bei einer der nächstfolgenden Periode weisen entschieden auf die Bedeutung der Menstruation für die Entstehung der vorliegenden Erkrankung hin.

Bei jeder Ovulation findet eine Hæmorrhagie in die Höhle des geplatzten Graf'schen Follikels statt. Das in die Follikelhöhle ergossene Blut gerinnt und die Blutung steht. Nun kann

Fall Nr.	Beruf	Alter	Stand	Geburten	Menses: regelmässig	Menses: unregelmässig	Menses: ausgeblieben	Zeit der Erkrankung: zwischen den Menses	Zeit der Erkrankung: während der Menses	Zeit der Erkrankung: im Anschluss an die Menses	Angebliche Ursache der Erkrankung	Diagnose	Dauer der Blutung	Vorausgegangene ähnliche Erkrankung. Complicationen	Recidiv. Fieber. Abscedirung. Durchbruch. Incision	Ovarien
1	Fabrik	29	verheir.	6	1	—	6 Wochen	—	—	—	Schwere Arbeit	Hæmatocele retro-uterina	7 Wochen	Endometritis interstitialis		
2	Näherin	31	„	5	1	—	—	—	—	1	Heftige Gemüthserregung	Hæmatocele retro-uterina	6 Wochen			Oophoritis dextra
3	Hausfrau	25	„	1	1	—	8 Wochen	—	—	-		Hæmatocele retro-uterina	7 Wochen			Oophoritis sinistra
4	Wirthin	34	„	2	—	1	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina		Stenosis Cervicis		
5	Hausfrau	24	„	1	—	1	—	1	—	—		Hæmatocele retro-uterina				Oophoritis duplex
6	Köchin	23	ledig	—	1	—	—	—	—	1	Heben einer schweren Last	Hæmatocele retro-uterina	2 Wochen			Oophoritis sin.
7	Fabrik	18	„	1	1	—	—	—	1	—	Tanzen	Hæmatocele retro-uterina		Vor einem Jahre Unterleibsentzündung ähnlich wie gegenwärtig	Recidiv bei den Menses	
8	Hausfrau	23	verheir.	—	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina	3 Tage	Vor 3 Jahren ähnliche Erkrankung		Oophoritis sin.
9	„	22	„	2	1	—	—	—	.	1	Schweres Heben	Hæmatocele retro-uterina	2 Wochen			Oophoritis dextra
10	Magd	20	ledig	—	—	1	—	1	.	—		Hæmatocele retro-uterina	8 Wochen			Oo- und Perioophoritis dextra und sinistra
11	Hausfrau	37	Wittwe	2	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina	2 Wochen			
12	„	35	verheir.	8	1	—	6 Wochen	—	—	.	Verletzung b. Ausspühlen der Vagina	Hæmatocele retro-uterina	1 Woche	Im Jahre 1884 Unterleibsentzündung post partum Salpingitis u. perisalpingitis sin.		
13	Fabrik	21	ledig	1	1	—	—	—	1	—		Hæmatocele retro-uterina		Aehnliche Erkrankung vorausgegangen		Oophoritis sin.
14	Kr.-Wärterin	40	„	2	1	—	—	—	1	—.	Schweres Heben	Hæmatocele retro-uterina	1 Woche			Oophoritis dextra
15	Fabrik	33	„	1	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina				
16	Hausfrau	45	verheir.	2	1	—	—	1	—	—	Schwere Arbeit	Hæmatocele retro-uterina	2 Wochen			
17	„	35	„	4	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina	10 Tage		Recidiv nach dem Austritt	Oophoritis dextra subacuta
18	Fabrik	34	Wittwe	9	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uterina	4 Tage			Oophoritis dextra
19	„	30	verheir.	6	—	1	—	1	—	—		Hæmatocele retro-uterina	2 Wochen	Vor 2 Jahren Hæmatocele (Fall 1)	Recidiv von Fall 1. Punction und Incision des Douglas	
20	„	26	„	2	1	—	—	—	1	—		Hæmatocele retro-uterina	6 Wochen	Vor 2 Jahren angeblich Unterleibsentzündung	Punction und Incision des Douglas	
21	Hausfrau	39	Wittwe	1	—	1	—	—	—	1	Schwere Arbeit	Hæmatocele retro-uterina		Im Jahr 1881 und 1888 angeblich Bauchfellentzündung	Abscedirung und Perforation nach dem Rectum	
22	„	24	verheir.	2	—	—	8 Wochen	—	—	—	Graviditas extra-uterina	Linksseit. geplatzte Tubarschwangerschaft mit Hæmatocele	7 Wochen			
23	„	33	„	3	—	1	—	1	—	—	Graviditas extra-uterina	Geplatzte Extra-uterinschwangerschaft mit Hæmatom und Hæmatocele	5 Tage	Vor 2 Jahren Genitalblutung	Fieber bis 40.1. Puls 116—120	
24	„	25	„	—	—	1	—	1	—	—		Geplatzter Hæmatosalpinx mit Hæmatom und Hæmatocele		Vor 1 Jahre Unterleibsentzündung		
25	Fabrik	24	ledig	—	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. dextr. et post.	4 Wochen	Im Jahre 1881 auf der Abtheilung wegen Hæmorrhagie u. Perimetritis exsudat.	Temperatursteigerung bis 40.0°	Oophoritis dextra
26	„	36	„	1	—	1	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin.	3 Wochen	Im Jahre 1884 auf der Abtheilung wegen Hæmorrhagieen Endometritis fungosa. Myoma uteri.	Bei den Menses recidivirend	
27	„	43	„	1	—	1	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin.	9 Tage	Metritis chronica.	Bei den Menses recidivirend	
28	„	25	verheir.	1	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. dextr. et post.	mehrmalige unregelm. Blutung	Vor 2 Jahren ähnliche Erkrankung		
29	„	35	„	3	1	—	—	—	—	1	Besorgung des Hauswesens	Hæmatoma periut. sin.	c. 10 Wochen			Oophoritis sin.
30	Wirthin	29	„	1	—	—	7 Wochen	—	—	—		Hæmatoma periut.	2 Wochen			

Fall Nr.	Beruf	Alter	Stand	Geburten	Menses: regelmässig	Menses: unregelmässig	Menses: ausgeblieben	Zeit der Erkrankung: zwischen den Menses	Zeit der Erkrankung: während der Menses	Zeit der Erkrankung: im Anschluss an die Menses	Angebliche Ursache der Erkrankung	Diagnose	Dauer der Blutung	Vorausgegangene ähnliche Erkrankung. Complicationen	Recidiv. Fieber. Abscedirung. Durchbruch. Incision	Ovarien
31	Glätterin	27	ledig	—	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin.	c. 3 Wochen			Oophoritis sin.
32	Fabrik	26	„	—	1	—	—	—	—	1	Schweres Heben	Hæmatoma periut.	c. 4 Wochen	Vor 1 Jahre Hæmatoma periut.		Oophoritis sin.
33	„	33	„	1	—	—	5 Wochen	—	—	—		Hæmatoma periut. dextr.	c. 2 Wochen	Vor 3 Jahren ähnliche Erkrankung		Oophoritis dextra
34	Wittwe	32	verheir.	5	1	—	—	1	—	—		Hæmatoma periut.	5 Tage			
35	Hausfrau	45	„	—	—	1	—	—	1	—		Hæmatoma periut. dextr. et post.	2 Wochen	Fibromyoma uteri		
36	Fabrik	26	ledig	1	—	1	—	—	1	—		Hæmatoma periut. sin.	4 Wochen			
37	Magd	28	„	—	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. dextr. et post.	6 Tage			
38	Fabrik	23	verheir.	—	1	—	—	1	—	—		Hæmatoma periut. dextr.	c. 2 Wochen			
39	„	25	ledig	1	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin. et post.	c. 2 Wochen			
40	Wirthin	39	verheir.	2	1	—	—	1	—	—	Schwere Arbeit	Hæmatoma periut.	c. 10 Tage	Angeblich Unterleibsentzündung nach Influenza		
41	Hausfrau	21	„	2	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut.	—	Chron. Uterusinfarct. Im gleichen Jahre Unterleibsentzündung		Oo- und Perioophoritis sin.
42	Fabrik	19	ledig	—	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin. et post.	2 Wochen			
43	Hausfrau	28	verheir.	—	1	—	—	—	—	1	Schweres Heben	Hæmatoma periut. dextr. et post.	11 Tage			Oo- und Perioophoritis dextra.
44	„	34	„	4	1	—	—	1	—	—	Starke Anstrengung	Hæmatoma periut. dextr. et post.	—			
45	„	52	Wittwe	1	1	—	—	—	1	—		Hæmatoma periut.	—		Fieber bis 39.4	
46	Fabrik	19	ledig	—	—	1	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin.	1 Woche	Tumor ovarii sin.		Oophoritis dextra
47	Hausfrau	43	verheir.	1	1	—	—	1	—	—		Hæmatoma periut.	1 Tag	Phlebothrombose d. Vena saph. dext.		
48	Magd	23	ledig	1	—	1	—	—	—	1	Anstrengung	Hæmatoma periut.	6 Tage		Bei den Menses recidivirend	Oo- und Perioophoritis sin.
49	Hausfrau	29	verheir.	1	1	—	—	—	1	—		Hæmatoma periut.	c. 6 Wochen	Metritis chronica. Retroflexio uteri		
50	Schneiderin	22	ledig	1	1	—	—	—	1	—	Eisenbahnfahrt v. 190 km.	Hæmatoma periut. sin.	c. 4 Wochen	Cervicitis katarrhalis.		
51	Magd	33	„	2	—	1	—	—	—	1	Schwere Arbeit	Hæmatoma periut. sin.	c. 4 Wochen	Gonorrhœ		Oophoritis sin.
52	Hausfrau	34	verheir.	7	1	—	—	—	—	1		Hæmatoma periut. sin.	c. 2 Wochen			Oo- und Perioophoritis sin.
53	„	35	„	—	1	—	—	1	—	—	Schwere Arbeit	Hæmatoma periut. sin.	—			Oophoritis sin.
54	Wirthin	29	„	3	1	—	—	—	—	1		Hæmatocele retro-uter. und Hæmatoma periut. dextr.	6 Wochen			Oophoritis dextra
55	Fabrik	43	ledig	—	—	1	—	—	—	1	Anstrengung	Hæmatoma periut. dextr.	—	Vor 5 Jahren Unterleibsentzündung	Abscedirung. Fieber bis 39.1 Perforation ins Rectum	
56	Hausfrau	24	verheir.	—	1	—	—	1	—	—	Sondirung des Uterus	Vereitertes Hæmatoma periut.	—		Abscedirung. Incision von der Scheide aus. Fieber bis 39.5	
57	Wäscherin	24	„	3	—	—	8 Wochen	1	—	—	Graviditas extra-uterina	Geplatzte Extra-uterinschwangerschaft mit Hæmatoma periut.	1 Tag		Fieber bis 39.4	
58	Köchin	28	ledig	1	—	1	—	1	—	—		Hæmatocele retro-uterina und Hæmatoma periut. dextr.	2 Wochen			Oophoritis dextra
59	Kellnerin	24	„	1	1	—	—	—	1	—	Sturz beim Schlittschuhlaufen	Hæmatoma periut. sin. und Hæmatocele retro-uterina	1 Woche			Oophoritis sin.

es aber vorkommen, dass grössere Gefässe beim Platzen eines Follikels zerreissen, oder, dass bei schon vorhandener Erkrankung der Ovarien, die Membran des Follikels nach dem Austreten des Ovulums sich nicht sofort schliesst, oder, dass in Folge von Schädlichkeiten zur Zeit der Menses ein ungewöhnlich starker Affluxus von Blut zum Ovarium stattfindet. Dann kommt es zu einer stärkern Blutung, welche nicht nur die Follikelhöhle erfüllt, sondern auch in die Peritonealhöhle des kleinen Beckens sich ergiesst. — Weit seltener als aus den Ovarien wird wohl die Blutung durch Platzen varicös geschwollener Gefässe der Tubenschleimhaut zur Menstruationszeit entstehen.

Eine häufigere Entstehungsursache der Beckenblutgeschwülste dagegen wird wohl die Zerreissung gefässhaltiger Adhäsionsstränge in der Umgebung des Uterus sein. Eine solche Zerreissung kann bei starker Anstrengung, namentlich bei schwerem Heben, aber auch in Folge gynäkologischer Manipulationen z. B. ungestümer Untersuchung, forcirter Uterusaufrichtung bei Retroflexio fixata u. s. w. entstehen. In Fall No. 56 soll der Bluterguss nach vom Arzte versuchter Uterussondirung entstanden sein.

Eine gewisse Disposition mancher Frauen zu solchen Erkrankungen gibt sich schon dadurch kund, dass in vielen Fällen schon ähnliche Erkrankungen vorausgegangen sind. In 16 von 59 Fällen haben wir in unsern Anamnesen diese Angabe gefunden.

Die Leute erzählen dann, schon vor 1 oder 2 Jahren, oft auch schon früher im Anschluss an die Periode eine 4- bis 6-wöchentliche Krankheit mit langdauernder Blutung durchgemacht zu haben. Letztere habe unter den gleichen oder ähnlichen Symptomen eingesetzt, wie gegenwärtige Erkrankung; seitdem seien sie nie mehr recht gesund geworden und hätten häufig, namentlich aber zur Zeit der Menses, an vermehrten stechenden Schmerzen auf der einen, oder wohl auch auf beiden Seiten des Unterleibs gelitten.

Andere geben wiederum an, früher vom Arzte an einer «Unterleibsentzündung» behandelt worden zu sein. Geht man dann der Sache anamnestisch näher auf den Grund, so kommt man oft in die Lage, eine frühere Beckenblutung als sehr wahrscheinlich annehmen zu können. Solche Erfahrungen legen es

dann auch nahe, dass die hier erörterte Erkrankung wohl eine viel häufigere ist als gegenwärtig angenommen wird.

Wie viele Patientinnen mögen draussen plötzlich unter peritonitischen Erscheinungen erkranken, bei welchen der herbeigerufene Arzt ohne innerliche Untersuchung und ohne oft von einer eventuellen Genitalblutung Mittheilung zu erhalten, einfach eine Unterleibsentzündung annimmt.

Oder es wird explorirt, vielleicht schon eine empfindliche Resistenz wahrgenommen, von demjenigen aber, welcher in dieser Sache wenig Erfahrung hat, irrthümlicher Weise eine Parametritis diagnosticirt. Kommen dann solche Patienten nicht zufälliger Weise in die Hände eines Spezialisten oder auf eine gynækologische Abtheilung, so bleibt der Irrthum unaufgeklärt.

In seinen klinischen Vorträgen über die Hæmatocele retrouterina und das Hæmatoma periuterinum pflegt Prof. Fehling immer ausdrücklich auf diese häufige Verwechslung zweier ætiologisch so verschiedener, im späteren Befunde aber schwer zu trennenden Krankheiten aufmerksam zu machen.

Tubenblutungen können, wenn auch selten, ausserhalb der Gravidität zur Hæmatocele- resp. Hæmatombildung führen. Nach den Untersuchungen von Lee, Raciborski, Pouchet und Anderen, sondern die sehr gefässreichen Tuben zur Zeit der Menses Blut ab. Findet nun dieses Blut nicht seinen normalen Abfluss, sei es, dass es in Folge von Wucherung der Tubenschleimhaut, welche nach Fritsch[1]) mit lebhafter Gefässneubildung verbunden ist, sei es, dass durch perimetritische Adhäsionen, Pseudoligamente und Knickungen im Verlaufe, letzteres namentlich beim Infantilbleiben der Tuben, das uterine Ende der Tube verschlossen ist, so kann bei einer vermehrten menstruellen Congestion dieses Blut in die Bauchhöhle fliessen und dort zur Hæmatocelenbildung führen. Sollte aber auch das abdominelle Ende des Eileiters verschlossen sein, so kann es zur Bildung eines Hæmatosalpinx kommen, welcher bei steigender Füllung, vielleicht bei der nächsten Menstruation platzt und eine Hæmatocele oder einen Bluterguss zwischen die beiden Blätter des Ligamentum latum erzeugt.

[1]) Die retro-uterine Hæmatocele. Volkmann'sche Sammlung No. 56. Dr. Fritsch. Halle.

In Fall No. 24 war man in der Lage, diesen Vorgang als sehr wahrscheinlich annehmen zu müssen.

Häufig ist der Hæmatosalpinx die Folge einer Tubengravidität. Da aber bei letzterer in der Regel kein Verschluss des ostium abdominale tubæ vorhanden ist, so kann auch eine Blutung in die Beckenbauchhöhle, also Hæmatocelenbildung stattfinden.

Höchst selten entsteht wohl eine Hæmatocele durch Rückstauung des Blutes aus dem Uterus durch die Tube in die Bauchhöhle. In der Litteratur ist ein solcher Fall, welcher durch die Section konstatirt wurde, von Olshausen[1]) beschrieben.

In einigen Fällen wurde die Entstehung einer Hæmatocele auch im Verlaufe von acuten Exanthemen «Variola vera, Morbillen, Purpura, Icterus gravis, etc. beobachtet und mit dem Namen «Hæmatocele kachectica» belegt.

Endlich glauben wir mit Kuhn, dass das häufige Auftreten eines Hæmatoma periuterinum zur Menstruationszeit in manchem Falle auf ein *Platzen einer variösen Vene* des utero-ovariellen Plexus zurückzuführen ist. Solche Fälle werden in der Litteratur von Lecher und Schrœder beschrieben. Nach Klob[2]) sollen Phlebolithen in den Venen des Ligament. lat. häufiger vorkommen wie an andern Körperstellen. Winkel[3]) hat unter 300 Sectionen 10 mal bedeutende Varicositäten in den breiten Mutterbändern gefunden und durch einen Sectionsfall bewiesen, dass aus einer solchen Varicocele eine Blutung stattfinden kann.

Als die bei weitem häufigste Ursache der Bildung einer Hæmatocele wurde schon von französischen Autoren wie: Gallard Vignès und Andern, unter den Deutschen namentlich von Veit, Schröder, Fritsch etc. die Eileiterschwangerschaft angegeben. In der That sind hiefür auch beweisende Krankengeschichten und Sectionsbefunde beigebracht worden. In fast allen diesen Fällen liess sich aber die Gravidität nachweisen oder mit mehr oder weniger grosser Wahrscheinlichkeit vermuthen. Die Menses blieben 6—8 Wochen aus, es stellten sich Uebelkeit und Erbrechen ein. Die Frauen selbst hielten sich oft für schwanger.

---

[1]) Olshausen. (Archiv für Gynækologie I.)

[2]) Phatolog. Anatomie der weibl. Sexualorgane. Wien 1864. Wilh. Braumüller.

[3]) Winkel. Lehrbuch der Frauenkrankheiten. Leipzig 1886.

Auch objectiv liessen sich mehr oder weniger deutliche Schwangerschaftszeichen nachweisen. In manchen Fällen kam es sogar zur Ausscheidung einer Decidua. Unter mehr oder weniger alarmirenden Symptomen kam es oft entweder zu einer Blutung in die freie Bauchhöhle mit in der Regel tödtlichem Ausgang oder zur Bildung einer Hæmatocele.

Ersteres findet statt, nach den Untersuchungen Veit's [1]), bei Bluterguss in eine bis dahin gesunde Bauchhöhle, letzteres, wenn die Blutung langsam in eine durch vorausgegangene Erkrankungen veränderte Peritonealhöhle stattfindet, in welcher durch Adhäsionsstränge der Blutstrom verlangsamt und die Bildung von Gerinnseln um solche Pseudomembranen erleichtert wird. In ähnlicher Weise erklärt man sich die gewiss seltene Hæmatocelenbildung bei der sog. Pelveoperitonitis-hæmorrhagica. (Virchow). [2])

In der grossen Mehrzahl der Fälle fehlt aber doch jegliches Symptom einer bestehenden Extra-uteringravidität. Die Menses waren immer regelmässig, blieben nur in den wenigsten Fällen ab und zu einmal aus. Die Erkrankung schloss sich meist an die zur richtigen Zeit eingetretene Periode, während welcher Patientin ihrer gewohnten strengen Arbeit oblag, oder sogar abnorme Arbeitsleistungen vollführte.

Ohne uns nun zu verhehlen, dass Extra-uterinschwangerschaft bestehen kann, auch wenn kein einziges Symptom darauf hindeutet, glauben wir nicht, dass dieselbe eine so häufige, nach Einigen sogar die alleinige Ursache der Hæmatocele sei.

Der günstige Ausgang der grossen Mehrzahl der Hæmatocelen spricht gegen eine vorhergegangene Extra-uterinschwangerschaft.

Jene Fälle, in welchen die Blutung in die freie unversehrte Bauchhöhle stattfindet und so rapid zum Exitus führt, falls nicht operativ eingegriffen wird, müssten wohl auch häufiger sein als bis jetzt angegeben wird.

Unsere 59 Fälle intra- und extra-peritonealer Beckenblutungen sind aber alle günstig verlaufen und wurde nur 3 mal mit mehr oder weniger Wahrscheinlichkeit eine geplatzte Extrauteringravidität diagnosticirt. In den Fällen No. 22 und 57 waren

[1]) Joh. Veit. Ueber intra-perit. Blutergüsse. Volkmann'sche Sammlung klin. Vorträge. Heft 15. 1891.

[2]) Virchow. Die krankhaften Geschwülste. 1863, Bd. I.

die Menses 8 Wochen ausgeblieben, in Fall No. 23 schon längere Zeit unregelmässig. In ersterem Fall ging unter heftigen krampfartigen Schmerzen, Uebelkeit und Erbrechen ein deciduaartiges Gebilde ab. Im zweiten Fall glaubte Patientin selbst schwanger zu sein. In Fall No. 22 schloss sich an die linksseitige, geplatzte Tubarschwangerschaft eine Hæmatocele retro-uterina, in Fall 57 ein Hæmatoma periuterinum. Es ist klar, dass, wenn die Ruptur am untern Ende der Tube eintritt, der Bluterguss intra-ligamentär erfolgen muss.

Findet gleichzeitig eine Ruptur in die Bauchhöhle statt, oder platzt in Folge der fortdauernden Blutung das Hæmatom secundär, so combinirt sich der periuterime Bluterguss mit der Hæmatocele, ähnlich wie sich eine Parametritis bei fortschreitender Entzündung auf das Peritonum mit Pelveoperitonitis compliciren kann. (Fall No. 23. 54. 58. 59.)

Fälle, in welchen sich an die geplatzte Eileiterschwangerschaft ein Hæmatoma ligamenti lati schloss und welche durch Laparatomie verificirt wurden, sind in der Litteratur mehrfach verzeichnet.[1 2 3])

Schliesslich möchte ich noch einen Grund anführen, welcher mir gegen die Häufigkeit der Extra-uteringravidität als Ursache der Hæmatocele zu sprechen scheint.

Dr. Muret[4]) beobachtete in 3 Fällen von Hæmatocele retrouterina, welche in Folge von Tubengravidität entstanden und auf der Freund'schen Klinik in Strassburg operirt wurden, dass sich die Menses nach Unterbrechung der Tubengravidität 2 mal in 6 Wochen und 1 mal in 7 Wochen wieder einstellten. In einem analogen Falle von Veit[5]) traten die Menses in 5 Wochen post operationem, in einem gleichen Falle von Wyder[6]) 7 Wochen nach dem operativen Eingriffe wieder ein. Muret zieht daraus

---

[1]) Beiträge zur Anatomie und zur operativen Behandlung der Extrauterinschwangerschaft. Prof. Werth. Stuttgart 1887.

[2]) Beitrag zur Aetiologie und operativen Behandlung der Hæmatocele retro-uterina. Hugo Bolte. Diss. Kiel 1889.

[3]) Centralblatt für Gynækologie No. 27. 1893. Dr. Begnier.

[4]) M. Muret. Beitrag z. Lehre v. d. Tubarschwangerschaft. Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynækologie Bd. XXVI. Heft 1.

[5]) Veit. Centralblatt für Gynækologie 1884.

[6]) Wyder, Archiv für Gynækologie 1886. Heft Nr. 28.

den Schluss: «dass aller Wahrscheinlichkeit nach die Dauer des Wochenbettes nach Unterbrechung der Tubenschwangerschaft dieselbe sei, wie diejenige des physiologischen Wochenbettes. Aus diesem Verhalten der Periode könne man gelegentlich diagnostische Rückschlüsse ziehen.»

Untersuchen wir aber unsere Krankenjournale in dieser Hinsicht, so finden wir, dass sich die Menses in fast allen Fällen von Hæmatocelen schon $3^1/_2$—4 Wochen nach der Periode, bei welcher sich die Blutgeschwulst bildete, wieder einstellten. Demnach können unsere Patienten nicht als Wöchnerinnen betrachtet werden, die Hæmatocelen waren nicht die Folge einer geplatzten Extra-uterinschwangerschaft.

Diagnose und Symptomatologie.

Die Diagnose der *Haematocele retro-uterina* ist im Allgemeinen leicht zu stellen. Von grosser Wichtigkeit ist dabei eine genaue Anamnese. Erkrankung während oder unmittelbar nach Ablauf der Menses, besonders bei Frauen, welche schon früher an Störungen der Menstruation, an ähnlichen Erkrankungen des Genitalapparates, gelitten, lange dauernde Blutung, in seltenen Fällen plötzliches Aufhören der Menses, Beginn des Leidens in Folge eines Traumas, wie körperliche Anstrengung, Coitus, forcirte Uterusaufrichtung u. s. w. sind von wesentlicher Bedeutung. Kommen dazu Schmerzen im Unterleibe, Druckempfindlichkeit in einem oder beiden Hypogastrien oder über der Symphyse, oft nach dem Innervationsgebiete der Sacralnerven ausstrahlend, Aufgetriebensein des Abdomens, Stuhl und Windverhaltung, Schmerzen beim Uriniren, dann die Symptome der beginnenden Anæmie: blasses Aussehen, grosses Schwächegefühl, Frösteln, Ohrensausen, Flimmern vor den Augen, Gähnen, kleiner und frequenter Puls, so müssen wir von vorneherein an dieses Leiden denken.

Am ausgeprägtesten sind die Erscheinungen der innern Blutung, wenn Tubengravidität die Ursache der Erkrankung ist. Der spätere Verlauf und die innere Untersuchung geben uns weitere Anhaltspunkte. Die Periode dauert oft 8—10 Tage verstärkt weiter. Daran schliesst sich meist ein 4, 6—8 Wochen anhaltender, mässiger, oft 1—2 Tage aussetzender Abgang von dunklem, schmierigem Blute. Winkel[1]) glaubt, dass dieses Blut aus der einen der beiden Tuben stamme, deren Fransenende in die Blutlache eintauche, unter dem Druck der Bauchpresse ausgepresst und so durch den Uterus entleert werde.

Diese Hypothese hat sehr viel Unwahrscheinliches und würde die nämlichen Blutungen bei den extraperitoneal gelegenen

[1]) Winkel, l. c.

Blutergüssen, bei welchen die Tuben nicht gleich Drainröhren in die Blutlache eintauchen, nicht erklären.

Nach der Meinung von Prof. Fehling ist eine begleitende Endometritis interstitialis, wie sie in Fall No. 1 durch Uterusauskratzung konstatirt, in Fall No. 26 schon früher nachgewiesen wurde, weit eher als Ursache der so häufigen und langdauernden Blutung aufzufassen.

Die im Beginne oft sehr heftigen peritonitischen Schmerzen — die Kranken ertragen oft nicht einmal die Berührung durch die Bettdecken — lassen später nach und sind nicht mehr so andauernder Natur. Gleichzeitig beginnen die Winde wieder abzugehen und der Stuhlgang wird regelmässiger, dagegen können Blasenbeschwerden längere Zeit andauern und kommt es vor, dass die Patientinnen in Folge Unvermögens das Wasser zu lösen katheterisirt werden müssen.

Die Temperatur kann vorübergehend auf 38,5—39,0° steigen, während der Puls häufig über 100 bis 140 Schläge in der Minute sich erhebt.

Je nach der Grösse des Blutergusses und je nach der Dauer seines Bestehens haben wir bei der innern und combinirten Untersuchung einen differenten Befund. Hat man Gelegenheit, eine an Hæmatocele retro-uterina erkrankte Patientin frühzeitig zu untersuchen, so ergibt die Palpation des Abdomens, wenn die Empfindlichkeit dieselbe überhaupt zulässt, gewöhnlich ein negatives Resultat.

Per vaginam fühlt man die Vaginalportion nach der Symphyse gedrängt, der Douglas'sche Raum aber, so lange der Bluterguss noch flüssig ist, durch eine undeutliche, teigige Resistenz vorgewölbt. Erst später, mit vollendeter Abkapselung und Eindickung des ergossenen Blutes lässt sich bei grossen, den Uterus nach oben überragenden Ergüssen, seine obere Grenze durch die Bauchdecken hindurch fühlen, während der Douglas auch bei kleinern intraperitonealen Blutergüssen durch eine Resistenz nach der Scheide zu vorragt, welche fortwährend an Härte zunimmt. Die Consistenz ist dann oft an verschiedenen Stellen eine ungleiche; während die eine Stelle noch Fluctuation bietet, ist eine andere schon hart und höckerig. Der Tumor hat meist seinen Sitz hinter dem Uterus und ragt nach der einen oder

andern Seite mehr oder weniger vor, häufiger mehr nach der linken Seite.

Die Diagnose des Haematoma periuterinum stützt sich wesentlich auf den innern Befund, während die Symptome so ziemlich die nämlichen sind wie bei der Hæmatocele. Die Schmerzen sind mehr nur auf der einen Seite des Unterleibes und im Kreuz localisirt und strahlen von hier in das entsprechende Bein aus. Sie treten anfangs meist plötzlich auf, später mehr anfallsweise, in seltenen Fällen wehenartig.

Das Abdomen ist weniger aufgetrieben und weniger empfindlich als bei der Hæmatocele. Die Stuhlbeschwerden nicht so regelmässig wie beim retro-uterin gelegenen Tumor, Blasenbeschwerden dagegen häufiger. Temperatursteigerungen seltener und dann nicht so hoch und nur von kurzer Dauer.

Der Bluterguss hat seinen Sitz seitlich vom Uterus zwischen den Falten des Ligamentum latum und lässt sich, da seiner Ausbreitung schon von Anfang an gewisse Schranken geboten sind, schon frühzeitig als mehr oder weniger consistenter Tumor nachweisen. Grössere Blutergüsse lassen sich auch von aussen palpiren, drängen das entsprechende Scheidengewölbe nach abwärts und zeigen nach unten keine deutliche Abgrenzung, sondern mehr eine unregelmässige höckerige Oberfläche. Die Resistenz kann sowohl nach der Beckenwand als auch nach dem Uterus sich ausbreiten. Im letztern Falle ist der Uterus nach der entgegengesetzten Seite verschoben. Hinter ihm, seltener vor ihm, greift der Bluterguss, das entsprechende Scheidengewölbe herabdrängend, oft brückenartig auf die andere Seite und bildet dort, wie schon Kuhn[1]) hervorhebt, einen zweiten, ungleich hoch gelegenen Tumor. Vide Abbildungen 3, 4, 5.

Die Prognose der intra- und extra-peritonealen Beckenblutergüsse ist im Allgemeinen eine gute.

Die von uns beobachteten Fälle sind alle relativ günstig verlaufen. Meistens trat nach einigen Wochen vollständige Resorption ein. Wenn auch mehrere Patientinnen mit kleinen Residuen entlassen wurden, so geschah diess entweder, weil die betreffenden Frauen selbst auszutreten wünschten, oder weil sie in Folge Platzmangel anderen klinischen Patientinnen das Feld

[1]) Kuhn, l. c.

räumen mussten. Dass aber auch bei grösseren Blutergüssen nach langer Behandlung kleinere Resistenzen und Adhærenzen zurückbleiben, ist eine längst konstatirte Thatsache.

Diese sind oft später die Ursache von Lageveränderungen der Gebärmutter, von Abknickungen der Tuben und Verwachsungen der Ovarien, wodurch in manchen Fällen Sterilität bedingt sein mag. Selbstverständlich bleibt auch nach günstigem Verlaufe die so häufige Grundursache, die Ovarialerkrankung, bestehen.

Selten ist der Ausgang in Eiterung und Durchbruch nach aussen. Unter unsern Fällen trat zweimal spontane Perforation nach dem Rectum ein (Fall No. 21 und 55) und einmal wurde in Folge Vereiterung dem drohenden Durchbruche durch Incision von der Scheide aus vorgebeugt (Fall 56). Wenn daher Zweifel[1]) durch Zusammenstellung aus der Litteratur für die bei 129 Kranken angewendete exspectative Behandlung der Hæmatocele retro-uterina eine Mortalilät von 18,4 % herausfindet, so ist diese Zahl entschieden zu hoch gegriffen.

Die Therapie der Beckenblutgeschwülste zerfällt in eine *operative* und eine *expectative*. Da die Hæmatocele retro-uterina zuerst von Chirurgen wie Nélaton und Récamier konstatirt und beschrieben wurde, so ist es leicht begreiflich, dass dieselben auch bestrebt waren, die in Rede stehende Krankheit auf operativem Wege zur Heilung zu bringen. Ersterer punktirte den nach der Scheide vorspringenden Bluttumor vom hintern Scheidengewölbe mit dem Troicart, entleerte die Bluthöhle, machte dann einige Zeit Injectionen mit warmem Wasser und injicirte zuletzt Jodtinctur. Récamier machte nach der Punction vom hintern Scheidengewölbe eine Längsincision, ging dann mit 1—2 Finger in die Wundhöhle und löste die Gerinnsel von den Sackwandungen, nachher comprimirte er das Abdomen vermittelst Binden und führte 3 mal täglich Ausspühlungen mit warmem Wasser aus.

Die durch dieses Procedere erzielten Resultate waren keine ermuthigenden. Voisin stellte eine Statistik von 20 auf chirurgischem Wege behandelten Fällen zusammen und kam dabei auf eine Mortalitätsziffer von 25 %, ausserdem seien noch einige Patientinnen mit knapper Noth dem Tode entronnen.

[1]) Zweifel. Archiv für Gynækologie. Bd. XXII.

Es ist daher leicht zu begreifen, dass, abgeschreckt durch diese Resultate, schon die Urheber genannter Behandlungsweise, die Indication zur operativen Behandlung der Hæmatocele retrouterina sehr einschränkten und einer exspectativen Therapie den Vorzug gaben.

Ihnen schlossen sich die meisten Gynækologen der Neuzeit an. Die in unserer Casuistik zusammengestellten Fälle intra- und extraperitonealer Beckenblutungen wurden fast ausschliesslich exspectativ behandelt. Diese *Behandlung war:*

1. eine *symptomatische*, d. h. sie richtete sich gegen die im Beginne der Erkrankung auftretenden Symptome: Blutung und peritonitische Schmerzen,
2. *eine die Resorption des Blutergusses befördernde.*

Die Linderung der durch die Krankheit erzeugten Symptome wurde erzielt: durch strenge Bettruhe, flüssige Diät, Application der Eisblase oder von Eiskompressen und durch Narcotica. Die Resorption wurde beschleunigt: durch Priessnitz'sche Umschläge, Cataplasmen, Bäder, steigende heisse Vaginalausspühlungen, Jodpinselungen, Jodglycerin- und Ichthyoltampons. — Die während einiger Zeit angewendete Electricität in Form konstanter Ströme nach Apostoli hatte keine günstigen Resultate erzielt. Es wurde daher dieses Verfahren bald wieder verlassen. Ebenso wurde auf die Stillung der oft lange dauernden Blutung durch Ergotin oder Hydrastis Canadensis verzichtet.

Die *operative Behandlung* der Beckenblutgeschwülste, durch die Einführung der Antisepsis wieder mehr in den Vordergrund gedrängt, kann auf 3 verschiedene Arten zur Anwendung kommen, nämlich: als 1. *Punction*, 2. als *Incision* und 3. als *Laparatomie.*

Die Indicationen zu diesen Eingriffen sind Verjauchung des Blutergusses sowie Stationärbleiben der Grösse der Blutgeschwulst, sei es in Folge verzögerter Resorption oder in Folge von Rückfällen bei der Menstruation oder beim Aufstehen, wodurch sogar häufig eine Grössenzunahme des Tumors bedingt sein kann. Die Punction und Incision werden von der Scheide aus ausgeführt. Niemandem wird es heutzutage mehr einfallen, vom Rectum aus zu punctiren. Nach sorgfältiger Desinfection der Vagina wird mit dem Troicart punctirt und durch die Punctionsöffnung das hintere Scheidengewölbe nach beiden Seiten incidirt. Findet sich eine deutliche Sackwandung, so wird sie

durch Seidennäthe mit der Vaginalwand vereinigt. Die Blutgerinnsel werden mit den Fingern sorgfältig entfernt und die Höhle mit Jodoformgaze tamponirt. Ist der Inhalt schon zersetzt, jauchig, so wird mit einem doppelläufigen Katheter ausgespühlt. Eine einfache Punction hat desswegen wenig Werth, weil sie nur eine ungenügende Entleerung des Geschwulstinhaltes gestattet. In Fall 19 und 20 wurde in obiger Weise vorgegangen. In Fall 56 wurde die Punction unterlassen und die stark fluctuirend vorgetriebene, hintere Vaginalwand einfach mit dem Messer ausgiebig incidirt.

Die Laparatomie, wie sie namentlich von Martin[1]) bei Hæmatomen ausgeführt und empfohlen wurde, hat wenig günstige Resultate erzielt. Sie schliesst die Gefahren dieses Eingriffes in sich, welche noch bedeutend erhöht werden, wenn der Inhalt der Blutgeschwulst schon in Zersetzung sich befindet. Dazu kommt, dass die brüchigen Sackwandungen sich oft nicht mehr durch die Nath vereinigen lassen, dass also ihr Inhalt in die freie Bauchhöhle übertreten kann. Da ausserdem bei diesem Eingriffe meistens doch nach der Scheide hin drainirt werden muss, so erscheint es rationeller, die Laparatomie mit ihren Gefahren zu umgehen und die Blutgeschwulst von vorneherein breit von der Scheide aus zu eröffnen. Anders verhält es sich natürlich bei den in Folge geplatzter Extra-uteringravidität rapid entstandener Beckenblutergüssen, wo es unter anhaltender innerer Blutung zu den Symptomen der acuten Anæmie kommt, da kann die Laparatomie lebensrettend wirken.

---

[1]) Martin, l. c.

Schlussfolgerungen.

1. Erkrankungen an Beckenblutergüssen sind häufiger als bisher im Allgemeinen angenommen worden ist.
2. Die extra-peritonealen Beckenblutungen sind zahlreicher als die intra-peritonealen.
3. Die Hæmatocele retro-uterina kommt verhältnissmässig selten bei Nulliparen vor, das Hæmatoma periuterinum dagegen etwas häufiger.
4. Hæmatocele sowohl als Hæmatom sind vorzugsweise Erkrankungen der arbeitenden Klasse.
5. Beckenblutgeschwülste entstehen am häufigsten in der Zeit vom 20.—35. Lebensjahre, doch lässt sich die Prädilectionszeit für die Entstehung beider Erkrankungen noch nicht mit endgültiger Sicherheit feststellen.
6. Die Erkrankung tritt vorzugsweise im Anschluss an die Periode oder während derselben auf. Aeussere Schädlichkeiten zur Zeit der Menses begünstigen ihren Eintritt.
7. Ovarialerkrankungen sind eine der häufigsten Ursachen der Hæmatocele retro-uterina und des Hæmatoma periuterinum.
8. Die Extra-uteringravidität kann nur in der Minderzahl der Fälle eine Ursache des in Rede stehenden Leidens sein.
9. Die Hæmatocele und das Hæmatom zeigen Neigung zu Recidiven.
10. Die Prognose der Beckenblutgeschwülste ist im Allgemeinen eine günstige.
11. Die exspectative Therapie genügt bei der überwiegenden Mehrzahl der Fälle; die operative Behandlung kommt nur in Betracht bei Vereiterung des Geschwulstinhaltes oder bei verzögerter Resolution und besteht fast ausnahmslos in der Eröffnung vom hinteren Scheidengewölbe.